

Primum

ISSN 2353-6055 Nr 12/1 (293/294) 2015/2016

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

*Krok po kroczku, krok za krokiem, jak przed wiekiem, jak przed rokiem
Idą święta, idą święta...*



VOLVO XC90

STWORZONE NA NOWO
 **MADE BY SWEDEN**

Luksusowy model o majestatycznej linii nadwozia, który dzięki nowoczesnym silnikom zapewnia dynamiczną jazdę i rewelacyjne osiągi.

Intuicyjny ekran dotykowy ułatwia dostęp do wszystkich funkcji podczas prowadzenia, a zestaw audio Bowers & Wilkins pozwala czerpać satysfakcję z najwyższej jakości dźwięku. Wszystko w wyjątkowym wnętrzu wykończonym z niezwykłą starannością miękką skórą, drewnem i metalem.

Zapraszamy na jazdę testową.

W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 2,1 do 8,0 l/100 km, emisja CO₂ od 49 do 186 g/km.
Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
Autoryzowany Dealer Volvo

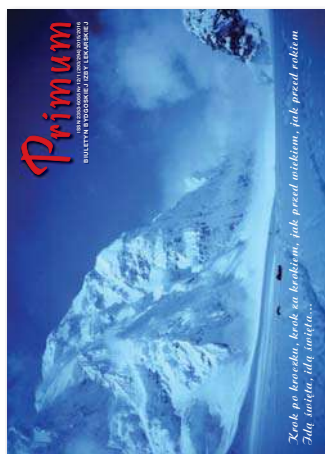
ul. Fordońska 307, 85-766 Bydgoszcz
ul. Szosa Lubicka 15, 87-100 Toruń

tel. 52 33 907 00
tel. 56 66 000 66

www.nordicmotor.dealervolvo.pl

W NUMERZE

INFORMUJEMY	2-5
JUBILEUSZ	6
PORÓD POCHWOWY CZY CIĘCIE CESARSKIE?	
Czy kobieta ma prawo decydować... o sobie	8
MŁODZI LEKARZE – DYLEMATY I PROBLEMY	10
KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA LIPIDOLOGICZNEGO	12
Z ZUS-u	12
KĄCIK KRWIODAWSTWA	13
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	
Zmiany w zakresie wystawiania recept refundowanych	14
LEKARZ W GĄSZCZU PARAGRAFÓW	16
MEDYCZNA NOC W OPERZE. ZAPRASZAMY!	16
WSPOMNIENIE	18
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20



Okladka: **Mt Hunter** (4442 m n.p.m.) w górach Alaski.

Fot. **Ryszard Długotęcki**.

Górskie zdjęcia doktora Długotęckiego – 50 fotogramów z wypraw w Himalaje, do Kaszmiru, Nepalu i Karakorum – można było niedawno oglądać na wystawie w toruńskim hotelu Filmar. Trwają starania, by wystawa została przeniesiona do Bydgoszczy.

Cytat – z płyty „Idą Święta 3”

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Po ciężkiej chorobie odszedł prof. dr hab. med. Edmund Nartowicz, jeden z ostatnich wielkich lekarzy internistów w pełnym tego słowa znaczeniu.

Profesor od początku związał się ze Szpitalem im. dr. Jurasza w Bydgoszczy. Był niezwykle wymagający – zarówno w stosunku do siebie, jak i do lekarzy i studentów. Dla studentów egzamin z chorób wewnętrznych był niezwykle trudny i zaliczenie w tzw. pierwszym podejściu stawało się prawie niemożliwe. Profesor słusznie uważał i podkreślał, że interna jest matką i królową wszystkich dziedzin medycyny, dlatego powinni ją znać wszyscy przyszli lekarze bez względu na wybraną później specjalizację. W mojej pamięci na zawsze pozostaną słowa Profesora, który – wychodząc z sali egzaminacyjnej mówił – „Słuchaj! Czy przystępując trzeci raz do egzaminu, student może znać internę?” Z Jego kliniki wychodzili lekarze doskonale wykształceni i wybitni interniści, z których wielu, bez względu na swój wiek kalendarzowy, nadal służy chorym i kształci nowe pokolenia lekarzy i studentów. Poranne wizyty z Profesorem dla jego asystentów i studentów były wielkim wyzwaniem oraz „burzą mózgów”.

Profesor Edmund Nartowicz już w 1972 roku zorganizował Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i dzięki Jego inicjatywie po raz pierwszy wszczepiano w naszym regionie kardiostymulatory. W latach siedemdziesiątych stworzył system konsultacji telefonicznych z przysyłaniem wykresów EKG z domu pacjenta. Były to początki telemedycyny. W tym okresie zapoczątkował również leczenie nerkozastępcze. Powstała pierwsza i największa w regionie stacja dializ. Po wielu staraniach, w 1996 roku, w kierowanej przez Niego klinice powstała Pracownia Kardiologii Inwazyjnej, która obsługiwała cały region, w tym ówczesne województwa: bydgoskie, toruńskie i włocławskie. Stacja Dializ i Pracownia Kardiologii Inwazyjnej w perspektywie stworzyły możliwość powstania klinik: transplantologii i kardiologii w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza.

Profesor Edmund Nartowicz był współzałożycielem Akademii Medycznej w Bydgoszczy, członkiem wielu towarzystw naukowych w Polsce i za granicą, którym przewodniczył. Za swoją działalność otrzymał odznaczenia państwowe: Krzyż Oficerski i Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski. Za pomoc ludziom, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, podtrzymywanie godności i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego został uhonorowany medalem „Gloria Medicinae”, najwyższym odznaczeniem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W Bydgoskiej Izbie Lekarskiej aktywnie działał w Komisji Historycznej. Do końca swego życia Profesor żywo interesował się najnowszymi doniesieniami naukowymi oraz sprawami związanymi z ochroną zdrowia.

Cześć Jego pamięci!

Dr n. med. Stanisław Przywiński

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Zdjęcie: NIL



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

REDAKCJA e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org, tel. 52 346 07 85

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 52 346 0084, 52 346 0780; Red. naczelny: Agnieszka Banach-Dalke Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz 95 102 014 750 000 830 200 191 197; e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl
 • Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 52 346 12 57
 • Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów: lek. med. Wojciech Kosmowski tel. 605 550 017

RADA PROGRAMOWA: przewod.: dr n. med. Wojciech Szczepny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red. nac. Agnieszka Banach, red. Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. dent. Marek Rogowski dr n. med. Zofia Ruprecht, dr n. med. Maciej Socha. CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczepny, tel. 602 395 654; redaktor naczelny: Agnieszka Banach tel. 696 016 262, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magodlewska@poczta.onet.pl
 Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy. Nakład: 4000 egzemplarzy

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 370 07 10 ■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz tel. 52 379 14 35

Czy Bydgoszcz będzie miała samodzielną uczelnię medyczną?

Listy popierające utworzenie samodzielnej uczelni medycznej w Bydgoszczy można pobrać ze strony umed.bydgoszcz.pl, tam też znajdziemy szczegółowe informacje na ten temat. Nieprzekraczalny termin na złożenie w Sejmie projektu ustawy wraz z załączonym wykazem podpisów obywateli popierających projekt mija 6 stycznia 2016 roku. Podpisane dokumenty trzeba jednak przestać szybciej – najlepiej do 24 grudnia, bo potrzeba czasu na zliczenie podpisów – na adres: 86-032 Niemcz, ul. Jana Matejki 14 lub umówić się na ich odbiór telefonicznie: 602 243 823 albo mailowo: komitet@umed.bydgoszcz.pl

Jak podkreślają przedstawiciele społeczności Komitetu Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy o Utworzeniu Uniwersytetu Medycznego im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy na facebooku: „Drugiej szansy już nie będzie”. a.b.

Centrum Onkologii z najlepszym wynikiem w Polsce!



Tak wynika z przeglądu akredytacyjnego przeprowadzonego w październiku w placówce. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oceniło, że szpital spełnia standardy akredytacyjne w 98 proc!

To najlepszy wynik w kraju i, jak napisał w liście do dyrektora CO prof. Janusza Kowaleskiego przewodniczący Rady Akredytacyjnej Rafał Niżankowski, „najwyższy w historii akredytacji uzyskanych do tej pory przez jednostkę akredytowaną wg Zestawu standardów dla szpitali”.

CMJ w prawie wszystkich ocenianych kategoriach dało CO najwyższą możliwą punktację. Przy poprzedniej ocenie wynik szpitala był niższy o 4 pkt procentowe, ale i tak najlepszy w kraju. Bydgoski szpital jest też jedną z niewielu placówek, które po raz szósty otrzymały taki certyfikat po spełnieniu określonych wymogów. a.b.



fol. K-P UW

Jeden dyrektor na dwa szpitale

Wiesław Kiełbasiński, od 3 lat dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, został także dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Zastąpił Jarosława Cegielskiego, który będzie teraz sprawował funkcję dyrektora ds. techniczno-eksploatacyjnych placówki. Kiełbasiński będzie pełnił obowiązki dyrektora WSD do czasu ogłoszenia tam konkursu. Jego zadaniem jest poprawa finansów placówki. a.b.



fol. Maja Erdman

Oficjalnie dyrektorem

Elżbieta Kasprovicz jest już oficjalnie dyrektorem Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. „Kandydatka wykazała się wiedzą niezbędną do zatrudnienia na wakuujące stanowisko. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu” – czytamy w piśmie Centrali. Fundusz ogłosił konkurs na dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy pół roku temu, dokumenty można było składać do 22 lipca 2015 r. Wreszcie konkurs rozstrzygnięto.

Doktor Elżbieta Kasprovicz pełniła obowiązki dyrektora NFZ od czasu, gdy do dymisji podał się ówczesny szef placówki – Tomasz P. ze względu na prokuratorskie zarzuty dotyczące oszustwa i przekroczenia obowiązków służbowych, do czego miało dojść podczas jego pracy w bydgoskim oddziale ZUS. a.b.

Biziel wkracza w wiek średni



Szpital Uniwersytecki nr 2 świętował swoje 35 urodziny. Na uroczystości w Operze Nova (29 października) licznie zjawili się pracownicy placówki, przedstawiciele środowisk medycznych, władz miejskich i wojewódzkich oraz postowie. Nagrodzono zasłużonych dla szpitala lekarzy: Srebrnym Krzyżem Zasługi – dyrektora ds. lecznictwa dr. n. med. Zbigniewa Sobocińskiego, Honorową Odznaką Ministra Zdrowia – dr. hab. n. med. Jacka Budzyńskiego, dr. n. med. Iwonę Jagielską, dr. hab. n. med. Sławomira Jekę, lek. med. Grażynę Kalińską, dr. n. med. Hannę Nartowicz-Mackiewicz. (więcej o jubileuszu na str. 6) a.b.



fol. Kamila Wiecińska

Nie mogło zabraknąć urodzinowego tortu. Kroi go dyrektor Szpitala dr. n. med. Wanda Korzycka-Wilińska.

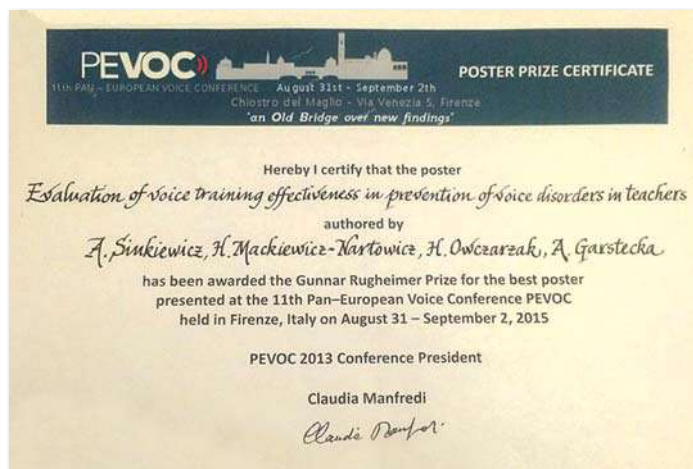


Lekarze z Biziela nagrodzeni we Florencji!



Podczas międzynarodowej XXI Konferencji Pan-European Voice (PEVOC) we Florencji (31.08-2.09.2015) lekarze z Kliniki Foniatrii i Audiologii ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Biziela zdobyli pierwszą nagrodę za najlepszy prezentowany poster.

PEVOC to interdyscyplinarna konferencja dla specjalistów zajmujących się diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją i szkoleniem głosu. Podczas niej jury (komitet naukowy konferencji) przyznaje nagrodę honorową: Gunnar Rugheimer Prize – za najlepszą pracę przedstawianą na konferencji, przy uwzględnieniu kryterium oryginalności tematu, jakości badań, znaczenia praktycznego pracy oraz estetyki prezentacji. W tym roku nagrodę przyznano zespołowi Kliniki Foniatrii i Audiologii za pracę: *Evaluation of voice training effectiveness in prevention of voice disorders in teachers* autorów: Anny Sinkiewicz, Hanny Mackiewicz-Nartowicz, Hanny Owczarzak, Agnieszki Garsteckiej.



Już z dyplomami

W listopadzie grono lekarskie powiększyło się o 197 młodych adeptów medycyny. W Filharmonii Pomorskiej odebrali z rąk prof. Jana Styczyńskiego, prorektora ds. CM, i prof. Jacka Kubicy, dziekana Wydziału Lekarskiego CM UMK dyplomy ukończenia studiów. A pięcioro z nich – Katarzyna Cierniewska, Przemysław Zabel, Izabela Koch, Agnieszka Niska i Agata Szczegieliński – dodatkowo nagrody „za bardzo dobre wyniki w nauce”. Pierwsza dwójka wyróżniona została również za działalność w Studenckim Towarzystwie Naukowym.

Podczas dyplomatorium byli studenci kierunku lekarskiego wybrali Najlepszego Nauczyciela Akademickiego. Został nim – za „wiedzę, umiejętność jej przekazania, pasję nauczania i życzliwość wobec studentów” – dr n. med. Michał Wiciński z Katedry Farmakologii i Terapii.

mg



fol. CM UMK

Nagrody dla profesorów



fol. Robert Sawicki

Prezydent Bydgoszczy Rafał Bruski w listopadzie wręczył nagrody naukowcom z bydgoskich uczelni, którzy odebrali z rąk Prezydenta RP nominacje profesorskie. W gronie 8 wyróżnionych był lekarz – Michał Szpinda z Wydziału Lekarskiego CM UMK.

Profesor Michał Szpinda jest kierownikiem Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej na Wydziale Lekarskim CM UMK. Studiował na Akademii Medycznej w Lublinie. Po ukończeniu studiów przeniósł się do Bydgoszczy, gdzie od 25 lat pracuje w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, od 2008 r. jako kierownik (więcej o nagrodzonym w Primum nr 3/2015).

a.b.

Nowe podpisy na Długiej

W tym roku swoje podpisy na ulicy Długiej zostawiło w Dzień Niepodległości trzech mężczyzn. „Co ich łączy? – pytał prezydent Rafał Bruski, jednocześnie przewodniczący kapituły „Bydgoskich Autografów”, i odpowiadał: Żaden z wyróżnionych nie pochodzi z Bydgoszczy. Dyrektor Opery Nova Maciej Figas urodził się w Gdyni, reżyser Paweł Łysak pochodzi z Warszawy, chirurg transplantolog Zbigniew Włodarczyk z Poznania. Wszyscy jednak w pewnym momencie życia Bydgoszcz wybrali na swój dom i to właśnie tutaj swoim talentem, pracowitością i umiejętnością zjednywania sobie przyjaciół dokonali rzeczy wielkich.”

Jednym z przyjezdnych uhonorowanych przez kapitułę był prof. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. Po odświeżeniu swojego podpisu powiedział:

„Kiedy otrzymałem wiadomość o nadaniu mi tego wyjątkowego wyróżnienia poczułem ogromną radość, bo dla mnie jest najważniejszym z otrzymanych podczas całego mojego zawodowego życia. Potem zaraz przypomniało mi się Cześnikowskie: Znaj proporcjum, mocium panie. Zrozumiałem, że to nie jest nagroda tylko dla mnie, ale przede wszystkim dla całego mojego zespołu, bo transplantologia jest dziedziną wyjątkowo zespołową – podkreślał – Znaj proporcjum przypomniało mi też, że byli przede mną bydgoscy lekarze, którzy o wiele bardziej niż ja zastąpili na to wyróżnienie, min. prof. Jan Domaniewski – twórca Akademii Medycznej w Bydgoszczy, czy zmarły niedawno ojciec chirurgii bydgoskiej prof. Zygmunt Mackiewicz.”

Od przyszłego roku zmieni się kalendarz Bydgoskich Autografów – zgłoszenia kandydatów przyjmowane będą do końca maja, w czerwcu spotka się Kapituła, a uroczystość odświeżenia autografów odbędzie się we wrześniu.

a.b.



fol. Agnieszka Banach

W Szubinie zmiany – na lepsze



W szubińskiej placówce Nowego Szpitala w Nakle i Szubinie – po kompleksowym remoncie – otwarto w październiku 23-lóżkowy Oddział Pediatrii. Składa się on obecnie z dwóch części: jednej przeznaczonej dla starszych, drugiej dla młodszych dzieci, a mali pacjenci mieszkają w klimatyzowanych, najwyżej 3-osobowych pokojach. Rodzice, którzy przebywają na oddziale razem z dziećmi, mają teraz do dyspozycji oddzielną łazienkę, szatnię i kuchnię.

W tym samym czasie oddany został do użytku blok operacyjny. Dzięki przeniesieniu go w nowe miejsce szubiński szpital wzbogacił się o nowoczesną, 3 już salę operacyjną. Obecnie zarówno blok operacyjny, jak i Oddział Pediatrii spełniają wszystkie wymagane normy.

Fundusze na obie inwestycje pochodzą ze środków własnych szpitala, z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013 oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Część wyposażenia Oddziału Pediatrycznego ufundowało Starostwo Powiatowe w Nakle n. Notecią i Urząd Miasta w Szubinie.

mg

Dla tych, którzy zdecydowali urodzić się wcześniej



Rocznie przedwcześnie rodzi się w Polsce ponad 21 tys. dzieci – co stanowi ok. 7% wszystkich noworodków (314 000 tys.)! Na świecie wcześniakiem jest co 10 dziecko. Często taki maluch długo zostaje pod kontrolą neonatologa, a potem przez wiele lat wymaga opieki lekarzy różnych specjalności. Pomocy potrzebują też jego rodzice – zupełnie nieprzygotowani na kłopoty, które nagle stały się ich udziałem. Właśnie z myślą o nich, by mogli w nowej sytuacji się odnaleźć i wiedzieli jak pomóc swojemu przedwcześnie narodzonemu dziecku, po raz trzeci, w przeddzień Światowego Dnia Wcześniaka obchodzonego 17 listopada, zorganizowano w Bydgoszczy weekend wcześniaka (13–15 listopada). Tak jak rok temu inicjatorem przedsięwzięcia była Bydgoska Grupa Wsparcia dla Rodziców Wcześniaków, do akcji włączył się też ponownie Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizuela, a także Akademickie Centrum Medyczne przy Wyższej Szkole Gospodarki oraz Family Park. Można było się dowiedzieć m.in. jak postępować z tak małym dzieckiem już po wypisaniu ze szpitala, jak je szczepić w pierwszym roku życia, jak karmić, czy można karmić piersią, jak wygląda wczesna profilaktyka i terapia neurologopedyczna oraz ocenić rozwój swojej pociechy. Na koniec bogatego weekendu całe rodziny wspólnie ruszyły na bal wcześniaka organizowany przez bydgoski Family Park.

a.b.

Masz dar uzdrawiania!



W Polsce na przeszczep narządu oczekują 1564 osoby – 914 na nerki, 366 na serca, 30 na trzustki, 169 na wątroby, 42 na płuca. Co pięć dni jedna z nich umiera, bo wyczerpane zostały dostępne formy kuracji farmakologicznych, a z jedynej szansy na życie – transplantacji – nie mogła skorzystać, z powodu braku organu. Specjaliści przekonują, że nie musi tak być i aby poprawić statystyki nie potrzeba specjalistycznego, drogiego sprzętu, ale wystarczy zmiana świadomości społecznej!



fol. Marta Laska

Otwarcie kampanii w woj. kujawsko-pomorskim. Na zdjęciu prof. Zbigniew Włodarczyk, główny ekspert medyczny przedsięwzięcia organizowanego od 2008 roku przez Fresenius Medical Care Polska. W tym roku wsparli je u nas m.in. marszałek Piotr Całbecki, wojewoda Ewa Mes, kurator oświaty Anna Metkowska, rektor UMK prof. Andrzej Tretyn, prorektor ds. CM UMK prof. Jan Styczyński.

Ma w tym pomóc kampania „Drugie życie” – po raz drugi organizowana w Kujawsko-Pomorskiem, a po raz ósmy w Polsce, wśród młodzieży gimnazjalnej. Akcja wystartowała pod koniec października, w przeddzień Światowego Dnia Donacji i Transplantacji, w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. Jednym z gości wydarzenia była Dorota Gołębiewska, która od 5 lat czeka na przeszczepienie nerki. Żyje dzięki dializom, a to oznacza, że większość swojego życia musiała związać ze szpitalem. „Może dlatego – mówi, z trudem powstrzymując łzy – moim największym marzeniem jest po prostu pojechać na chociaż kilkudniową wycieczkę. Teraz nigdzie nie mogę się ruszyć – co dwa dni muszę być na dializach”.

W dzień otwarcia kampanii młodzi ludzie rozdawali bydgoszczanom oświadczenia woli i przy okazji rozmawiali na temat idei transplantacji. Jak wynika z badań TNS przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, ponad połowa Polaków (55 proc.) popiera tę metodę leczenia i zgadza się na przekazanie swoich organów po śmierci, ale tylko 20 proc. z nich, czyli co piąty, powiedział o tym bliskim. Często dochodzi do sytuacji, że rodzina, nie wiedząc o zamiarze zmarłego, sprzeciwia się pobraniu organów. Mimo tego, że polskie prawo pozwala na pobranie narządów, jeśli zmarły nie zarejestrował za życia swego sprzeciwu, wola rodziny zostaje uszanowana. Dlatego o transplantacji trzeba rozmawiać!

Przez najbliższe pół roku zaangażowani w kampanię uczniowie będą w swoich środowiskach pracować nad promocją tej metody leczenia w województwie. A mają u nas co robić... W ubiegłym roku przeszczepiono w woj. kujawsko-pomorskim tylko 35 nerek, podczas gdy w 2003 r. – 114. Także w zeszłym roku wskaźnik dawców na 1 mln mieszkańców wyniósł w regionie 7,1 – to najmniej w Polsce, na równi z Podkarpaciem, przy średniej krajowej 15,4 na milion.

a.b.

Profesor będzie miał swoją ławeczkę!

Prawdopodobnie już w przyszłym roku w parku im. Kazimierza Wielkiego stanie ławeczka-pomnik poświęcona zmarłemu niedawno (8 października 2015) wybitnemu chirurgowi prof. Zygmunutowi Mackiewiczowi. Niezwykła rzeźba znajdzie się na skwerze, który także przyjmie imię Profesora – dokładnie naprzeciwko Fontanny „Potop”, o której odbudowę Profesor od wielu lat walczył, blisko Liceum nr 1, którego Profesor był uczniem.

Za tą społeczną inicjatywą, która zyskała poparcie prezydenta Bydgoszczy Rafała Bruskiego stoi, powołany już w październiku, Komitet Budowy Pomnika. Jego przewodniczącym jest prof. Wojciech Zegarski – uczeń prof. Mackiewicza, szef Oddziału Klinicznego Chirurgii Onkologicznej w Centrum Onkologii. Pieniądże na ławeczkę mają być pozyskiwane z dobrowolnych składek. Zbiórka ma ruszyć wkrótce. Jak mówi prof. Zegarski, już zgłaszają się do niego koledzy chirurdzy, którzy budowę pomnika chcą wesprzeć, pomoc obiecało też miasto.

a.b.



Aby skuteczniej przeciwdziałać i szybciej wdrożyć leczenie

Obchodom Światowego Dnia Udaru Mózgu (29 października) w tym roku towarzyszyły dwie kampanie skupiające uwagę na wybranych aspektach tego schorzenia: Rozpoznaj! Reaguj! UDARemnij! oraz Stop Migotaniu.

Na znaczenie umiejętności rozpoznawania objawów udaru mózgu oraz szybkiego przewiezienia chorego do szpitala z oddziałem udarowym nacisk położyło bydgoskie Stowarzyszenie „Udarowcy – Liczy się wsparcie”, organizatorzy pierwszej z wymienionych kampanii. W przypadku udaru niedokrwinnego (80% udarów mózgu) chory może zostać poddany leczeniu trombolitycznemu, które zwiększa jego szanse na powrót do zdrowia o 30%. Ale wdrożenie leczenia jest możliwe jedynie w ciągu 4, 5 godz. od wystąpienia pierwszych objawów. Dlatego tak istotna jest powszechna znajomość symptomów tego schorzenia, do których należą m.in. nagłe: zaburzenia czucia lub drętwienie jednej strony ciała, asymetria twarzy, osłabienie kończyn lub kończyn po jednej stronie ciała, zaburzenia mowy, widzenia, zawroty głowy, utrata równowagi.

Stop Migotaniu, druga z tegorocznych akcji, zorganizowana przez łódzką Fundację Udaru Mózgu, dotyczyła jednej z najczęstszych przyczyn tej choroby – migotania przedsionków. Przypadłość – której współczesna medycyna jest w stanie skutecznie przeciwdziałać – odpowiedzialna jest za 30% udarów. Jedną z metod zmniejszających ryzyko nawrotów migotania przedsionków, znacznie skuteczniejszą od stosowanych obecnie w tym celu leków, jest ablacja (odizolowanie za pomocą wprowadzonych cewników obszarów serca odpowiedzialnych za arytmie). Równie efektywnym rozwiązaniem jest przeprowadzana coraz częściej krioablacja. Niestety, w Polsce zabieg ablacji wciąż wykonuje się 2-3 razy rzadziej niż w Europie.

Na udar mózgu zapada w Polsce 70 tys. osób rocznie, 40% z nich umiera, 20% wymaga stałej opieki, 30% – pomocy w niektórych codziennych czynnościach.

mg

Sanatoria jak nowe

Jesienią zakończyła się modernizacja (współfinansowana ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2007–2013) dwóch kujawsko-pomorskich uzdrowisk: inowrocławskiego Sanatorium Uzdrowskiego „Przy Tężni” oraz szpitala uzdrowskiego Dom Zdrojowy w Ciechocinku.

Ciechocińska placówka (300 miejsc kuracyjnych) może się pochwalić przebudową basenu solankowego, tarasu, łazienek i toalet – obiekty nie tylko zostały odnowione, ale też przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Budynek szpitala także ocieplono i wymieniono w nim stolarkę okienną. Inwestycja kosztowała prawie 9 mln zł.

Sanatorium „Przy Tężni” w Inowrocławiu oddało do użytku segment przeznaczony na szpital uzdrowski oraz leczenie i rehabilitację uzdrowską dorosłych. Dysponuje on 55 dwuosobowymi pokojami (pięć z nich jest przystosowanych dla osób poruszających się na wózkach) i jest połączony z pozostałymi segmentami placówki. Oprócz tego w sanatorium zmodernizowano basen solankowy, wybudowano pijalnię wód mineralnych, zainstalowano windy i wykonano termomodernizację budynków i układów grzewczych. Zakupiono również nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny. Łączny koszt przekroczył 22 miliony złotych.

mg

ŚWIATOWY DZIEŃ RZUCANIA PALENIA (19 listopada)

Po pierwsze nie palić

To papierosy są odpowiedzialne za prawie 50% zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn i 15% u kobiet, co czyni je główną przyczyną raka w Polsce – mówi dr n. med. Tomasz Mierzwa, kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Centrum Onkologii w Bydgoszczy, na konferencji prasowej „Každy papieros kosztuje 11 minut życia”. W przypadku raka płuca – nowotworu najczęściej występującego u mężczyzn w naszym kraju – papierosy są podłożem nawet 87–91% zachorowań, a u kobiet 57–86% – dodał prof. dr hab. Janusz Kowalewski. Wyeliminowanie palenia zmniejszyłoby zatem w sposób zdecydowany zapadalność na choroby nowotworowe, szczególnie jeśli chodzi o raka płuca.

Tymczasem – jak podają organizatorzy konferencji – papierosy w Polsce pali 33% mężczyzn i 24% kobiet. Co gorsza palą też dzieci w wieku gimnazjalnym: około 20% chłopców i 17% dziewcząt. Jednak – mimo że daleko nam do Szwecji, gdzie papierosy pali zaledwie 11% populacji – również u nas odsetek osób palących systematycznie się obniża – od 2012 r. zmniejszył się o 4% (dane z roku 2014). Kolejną dobrą wiadomością jest, że 80% palaczy w Polsce chce rozstać się z nałogiem.

Nie jest to jednak proste. Dlatego dobrze się stało, że od dwóch miesięcy w Centrum Onkologii w Bydgoszczy działa Punkt Ogólnopolskiej Sieci Pomocy Palącym. Každy, kto zamierza rzucić palenie, może liczyć tam na specjalistyczną pomoc i wsparcie. Punkt – jak informuje Monika Zimny z bydgoskiego oddziału Sieci – otwarty jest od poniedziałku do czwartku. Pacjenci nie potrzebują skierowań. Zainteresowani mogą korzystać również z **Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (od poniedziałku do piątku w godz. 11:00–19:00 pod numerem 801 108 108 lub 22 211 80 15).**

mg



Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykoach (16–22 listopada)



Antybiotykooporność – to jedno z największych współczesnych światowych zagrożeń – ostrzegają eksperci.

Według ich czarnego scenariusza świat wkroczy niebawem w „erę poantybiotykową”, w której infekcje od dziesięcioleci skutecznie leczone, ponownie staną się przyczyną zgonów. Skutki coraz mniejszej skuteczności leków, które jak się wydawało, zawsze będą działać, wiadać już w Polsce np. w przypadku oporności pneumokoków na penicylinę. Zagrożenie ciągle jeszcze jednak można powstrzymać. Jak? M.in. poprzez racjonalne korzystanie z obecnie dostępnych antybiotyków – przyjmowanie i przepisywanie ich pacjentom tylko wtedy, gdy są rzeczywiście konieczne i we właściwy sposób oraz nie nadużywanie ich w hodowli zwierząt. W kolejnych numerach do tematu wrócimy.

a.b.



JAK POWSTAWAŁ

Decyzje dotyczące powstania szpitala przy ulicy Kornela Ujejskiego podejmowane były na początku lat siedemdziesiątych, kiedy to wdrażano w Polsce nowe koncepcje organizacyjne w służbie zdrowia. Szpital miał być elementem tworzonej ówczesnej sieci kilkunastu powstających zespołów opieki zdrowotnej – złożonej z lecznic, przychodni i stacji pogotowia. Bydgoszcz weszła do sieci na początku 1974 roku, a już 18 lipca wmurowano kamień węgielny pod budowę szpitala. Po czterech latach inwestycja była już na tyle zaawansowana, że w roku 1978 Wojewoda Bydgoski powołał dyrektora szpitala w budowie. Został nim doktor Ryszard Długotłęcki, który pełnił swoje obowiązki do 1981 r.

W czasie sześciu lat budowy kilkakrotnie zmieniała się koncepcja organizacyjna szpitala. Ostatecznie otwarto go 30 maja 1980 roku, jako Szpital XXX-lecia. Stał się on czasowo miejscem funkcjonowania oddziałów i klinik Szpitala im. Jurasza, który zgodnie z planami otwarcia w mieście Akademii Medycznej, musiał przejść remont.

Szpital zaprojektowany został na 810 łóżek, zaś według pierwszych planów miał składać się z dziewięciu głównych oddziałów (wewnętrznego, chirurgicznego, ginekologiczno-położniczego, dziecięcego, laryngologicznego, okulistycznego, neurologicznego i OIOM-u). Obok głównego budynku postawiono również pawilon dla przewlekle chorych.

Lata osiemdziesiąte to pod wieloma względami czas wymagający i trudny dla dyrekcji szpitala. Z jednej strony to okres dużych kłopotów finansowych w całym systemie ówczesnej służby zdrowia, braków sprzętowych, kompletowania kadry. Z drugiej zaś to okres powstawania związku zawodowego „Solidarność”, który działał w Bizieli bardzo intensywnie. To również czas stanu wojennego. Na to nakładała się wspomniana wyżej trudność organizacyjna, polegająca na funkcjonowaniu dwóch szpitali w jednym budynku. W międzyczasie, w 1985 roku, czasowo połączono dwie jednostki organizacyjne w jeden Państwowy Szpital Kliniczny, który był zapleczem dla powstałej rok wcześniej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Mimo że planowo zapleczem takim miał być szpital im. Jurasza, jego budynek nie był jeszcze gotowy. Działanie dwóch szpitali (z równoległymi oddziałami) powodowało – poza trudnościami organizacyjnymi, również spory kompetencyjne, personalne. Było tak do

czasu oddania do użytku odnowionego budynku Szpitala im. dr. Jurasza w 1989 roku i rozpoczęcia przeprowadzki.

Przy ul. Ujejskiego pozostał Wojewódzki Szpital XXX-lecia PRL. W tym czasie posiadał już 14 oddziałów oraz 22 poradnie. Trzy oddziały były klinikami. W 1989 roku powstała Klinika Gastroenterologii i Chorób Dzieci. Dwa lata później otwarto Oddział Patologii Wczesnej Ciąży. Koniec lat dziewięćdziesiątych to powstanie oddziału Chirurgii Szczękowej i Laryngologii.

W tym czasie, w związku ze zmianami jakie zachodziły w kraju, upadkiem PRL-u, zmieniono – na wniosek „NSZZ Solidarność” – nazwę. Patronem został znany przedwojenny bydgoski lekarz, były przewodniczący Rady Miejskiej Bydgoszczy, Jan Bizieli.

Od 2008 roku w związku przekształceniem w jednostkę akademicką Collegium Medicum UMK placówka funkcjonuje jako Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziele w Bydgoszczy.

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziele w Bydgoszczy jest jedną z największych wielospecjalistycznych placówek medycznych w województwie kujawsko-pomorskim. Rocznie hospitalizowanych jest tu około 40 tys. pacjentów, ponad 55 tys. pacjentów przyjmowanych jest przez Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, udzielanych jest ponad 250 tys. porad specjalistycznych oraz wykonywanych ponad 13 tys. zabiegów. W strukturze placówki znajduje się 7 klinik, 4 oddziały kliniczne, 7 oddziałów, 42 poradnie, przychodnie, 7 samodzielnych zakładów oraz wiele specjalistycznych pracowników.



KALENDAR IUM

1978 – dyrektorem szpitala w budowie zostaje doktor Ryszard Długotłęcki

1980 – 30 maja – uroczyste otwarcie Szpitala XXX-lecia

1981 – dyrektorem zostaje Kazimierz Kropiński, po nim funkcję tę przejmuje Mieczysław Boguszzyński

1983 – powołanie fundacji do współpracy w opiece zdrowotnej pomiędzy Szpitalem XXX-lecia a szpitalem De Heel w Zaan-dam, Fundacja działała do roku 2000

1984 – zmiana nazwy z XXX-lecia na XXX-lecia PRL

1985 – powstanie Państwowego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W jednym budynku, na czas rozbudowy Szpitala im. A. Jurasza (do 1988), działały szpitale: XXX-lecia PRL i Wojewódzki Szpital Zespolony

1988 – szpital zmienia nazwę i status organizacyjny na Wojewódzki Szpital im. XXX-lecia PRL; dyrektorem zostaje Ryszard Gniazdowski

1990 – na wniosek Szpitalnej Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” szpital zmienia patrona, zostaje nim doktor Jan Bizieli, dyrektorem zostaje Andrzej Poziemski

1991 – dyrektorem zostaje Bogusław Jasik

1993 – powstanie Kliniki Chirurgii Ogólnej w miejsce dotychczasowego Oddziału

1996 – utworzenie Oddziału Laryngologii. Rok później powstaje Oddział Chirurgii Szczękowej

2002 – dyrektorem zostaje Czesław Kamrowski

2003 – dyrektorem zostaje Jarosław Kozera

2004 – w strukturach szpitala zaczyna funkcjonować POZ; na stanowisko dyrektora zostaje powołany dr n. med. Andrzej Motuk; dyrektorem ds. leczenia zostaje dr n. med. Zbigniew Sobociński; uzyskanie certyfikatu ISO 9001:2000 w zakresie administrowania jednostką

2005 – utworzenie Pracowni Hemodynamiki i Angiografii Oddziału Kardiologii; utworzenie Pracowni Endoskopii Zabiegowej Przewodu Pokarmowego; otwarcie



zmodernizowanego Oddziału Reumatologii z Pododdziałem Rehabilitacji, pokojem wle-
wów oraz nowych pracowni: USG, Densyto-
metrycznej oraz Kapilaroskopii

2006 – otwarcie wyremontowanych od-
działów: Oddziału Chirurgii Dziecięcej
z Pododdziałem Oparzeń i Urologii Dziecię-
cej, Kliniki Gastroenterologii, Chorób Na-
czyń i Chorób Wewnętrznych, remont holu
głównego szpitala

2007 – przeprowadzenie audytu przez DE-
KRA Certification i uzyskanie certyfikatu po-
twierdzającego realizację systemu zarządza-
nia jakością w zakresie świadczenia usług
medycznych, diagnostyki, leczenia, pielęgn-
nacji, rehabilitacji, profilaktyki prozdrowot-
nej, ratownictwa medycznego oraz działań
naukowo-badawczej

2007 – przekształcenie Szpitala w jed-
nostkę kliniczną Collegium Medicum Uni-
wersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu;
otwarcie wyremontowanych oddziałów:
Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej
i Chorób Wewnętrznych, Oddziału Neurolo-
gii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem
Udarowym

2008 – od tego czasu Szpital funkcjonuje
pod nazwą: Szpital Uniwersytecki nr 2
im. Jana Biziela, otwarcie wyremontowa-
nych oddziałów: Późnictwa Aseptycznego
z Traktem Porodowym oraz Noworod-

ków, Wcześnieńców z Intensywną Terapią
Noworodka, zakończenie remontu i moder-
nizacji Zakładu Radiologii i Diagnostyki Na-
rządowej

2009 – powołanie II Katedry i Kliniki Kardio-
logii; szpital otrzymuje tytuł: „Szpital Przyjaz-
ny Dziecku”

2010 – stanowisko dyrektora Szpitala obej-
muje dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska;
powołany zostaje Oddział Kliniczny Chorób
Naczyń i Chorób Wewnętrznych

2011 – powołanie Centrum Endoskopii Za-
biegowej; uzyskanie certyfikatu ISO w zakre-
sie ochrony środowiska i BHP (ISO
14001:2004 i PN-N-18001:2004)

2012 – ze struktur szpitala znika Klinika
Chirurgii Ogólnej, a powołany zostaje Od-
dział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroen-
terologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej;
powołanie Kliniki Reumatologii; Medal Kazi-
mierza Wielkiego dla szpitala; modernizacja
Apteki Szpitalnej; rozpoczyna się termomo-
dernizacja budynków szpitala

2013 – realizacja pierwszego etapu projek-
tu „Modernizacja i wyposażenie uniwersyte-
ckich oddziałów szpitalnych o kluczowym
znaczeniu dla zapewnienia bezpieczeństwa
zdrowotnego mieszkańców województwa
kujawsko-pomorskiego” (zakup karetki neo-
natologicznej oraz otwarcie Pracowni USG,

EUS i Motoryki Przewodu Pokarmowego);
powołanie Kliniki Foniatrii i Audiologii; obcho-
dy 155 rocznicy urodzin dr. J. Biziela; Medal
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomor-
skiego „Unitas Durat Palatinatus Cuiaviabo-
-Pomeraniensis” dla szpitala w uznaniu za-
sług na rzecz województwa kujawsko-po-
morskiego i jego mieszkańców; Medal Pre-
zydenta Bydgoszczy za szczególne zasługi
dla Miasta Bydgoszczy; uzyskanie certyfika-
tu ISO w zakresie zarządzania bezpieczeń-
stwem informacji (ISO 27001:2005)

2014 – szpitalowi przyznano certyfikat
akredytacyjny; ze struktur szpitala znika Od-
dział Chirurgii Dziecięcej; ze struktur Katedry
i Kliniki Gastroenterologii i Chorób We-
wnętrznych wyłonione zostają dwie nowe
katedry i kliniki: Katedra i Klinika Gastroen-
terologii i Zaburzeń Odżywiania oraz Kate-
dra i Klinika Chorób Naczyń i Chorób We-
wnętrznych; narodziny czworaczek

2015 – szpital otrzymuje certyfikat „Szpital
bez bólu”; Zakład Radiologii i Diagnostyki
Obrazowej wzbogacił się o dwa rezonanse
magnetyczne (jeden współfinansowany przez
MZ, drugi w ramach Regionalnego Progra-
mu Operacyjnego Województwa Kujawsko-
-Pomorskiego) – wcześniej szpital nie posia-
dał własnego rezonansu.

*(materiały Szpital Biziela,
opracowała a.b.)*



Bydgoszcz o jakiej marzymy...

**CITY
PARK**
CHODKIEWICZA 19

tel. **(+48) 785-019-019**
www.iqdevelopment.pl



**APARTAMENTY
W SERCU BIELAW**

Jesień kocha Bielawy



Czy kobieta ma prawo decydować... o sobie?

MACIEJ W. SOCHA

PORÓD TO ZDARZENIE FIZJOLOGICZNE CZY PROCEDURA MEDYCZNA?

Poród pochwowy, jako naturalna konsekwencja ciąży i fizjologiczny sposób jej ukończenia, najczęściej nie jest traktowany jako procedura medyczna sensu stricto i nadal nie wymaga się zgody pacjentki na jego przeprowadzenie. Zdarza się tak pomimo tego, że w większości przypadków odbywa się w szpitalach, w asyście wykwalifikowanego personelu medycznego. Jako coś nieuniknionego – porody pochwowe po prostu się dzieją, a ciężarne muszą w nich uczestniczyć. Czy aby na pewno?

Biorąc pod uwagę roszczenia i orzecznictwo sądowe, dla prawników i sądów poród pochwowy stał się już dawno temu zdarzeniem medycznym. Wobec tego niezwykle istotną pozostaje teraz odpowiedź na pytanie: czy – w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej i rozwoju społecznego – również w praktyce położniczej nie powinien być traktowany jako procedura medyczna, na którą pacjentka powinna wyrazić zgodę? Jeśli tak, to immanentną częścią uświadomionej zgody pacjentki na podejmowaną procedurę medyczną jest udzielenie pełnej i zrozumiałej dla niej informacji, zgodnej z aktualną wiedzą medyczną, dotyczącej zarówno pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji wynikających z zastosowania procedury. Czy zatem pacjentka w świecie medycyny, w którym to pacjent podejmuje decyzję i ponosi konsekwencje działań medycznych, może wybrać, że nie chce urodzić pochwowo i poprosić o cięcie cesarskie (CDMR Cæsarean Delivery on Maternal Request)?

RZECZYWISTOŚĆ DOTYCZĄCA STATYSTYK CIĘĆ CESARSKICH

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, aby odsetek cięć cesarskich nie przekraczał 15%. Zwiększanie liczby cięć po przekroczeniu pewnej granicy nie poprawia wyników chorobowości i śmiertelności związanej bezpośrednio z porodem. Ewidencja to ustalenie odnosi się tylko i wyłącznie do wskaźników okołoporodowych i nie ma odzwierciedlenia w realnych danych dotyczących zdrowia oraz życia matki i płodu.

Obecnie cięcie cesarskie wykonywane jest u około 30-40% ciężarnych, a o jego zastosowaniu decyduje lekarz specjalista położnictwa i ginekologii na podstawie wskazań medycznych. Poprawa statystyk położniczych nastąpiła głównie dzięki postępowi diagnostyki perinatalnej i opiece okołoporodowej, ale procedurą leczniczą i prewencyjną, która w największym stopniu wpłynęła na ich poprawę, było cięcie cesarskie.

Trudno określić, jaki odsetek cięć cesarskich odbywa się bez wskazań medycznych, ale biorąc pod uwagę, że w niektórych ośrodkach znacznie przekracza on 50%, a w prywatnych jednostkach osiąga poziom nawet 80-100%, można przyjąć, że CDMR jest realnie występującą procedurą. Nadal jednak nie odbywa się to w majestacie prawa.

Jeśli chodzi o zagadnienia prawne, to należy zauważyć, że wzrastająca ilość pozwów sądowych i roszczeń dotyczących opieki położniczej skupia się nie na tym, że wykonano niepotrzebnie cięcie cesarskie, ale że albo nie wykonano go wcale, albo zrobiono je zbyt późno. Inną kwestią, do której jeszcze powrócę, jest prawo pacjenta do decydowania o zastosowanej procedurze medycznej i uświadomiona zgoda na poniesienie konsekwencji podjętej decyzji.

CZY MOŻNA ZAŻĄDAĆ CIĘCIA CESARSKIEGO I NIE ZGODZIĆ SIĘ NA PORÓD POCHWOWY?

W aktualnej praktyce klinicznej w jednostkach finansowanych z pieniędzy publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) ciężarna nie ma możliwości wyboru drogi porodu. Przy przeciwwskazaniach do porodu pochwowego lub nieakceptowalnym w opinii lekarza ryzyku, przewyższającym korzyści porodu naturalnego – proponuje się pacjentce cięcie cesarskie ze wskazań medycznych. Na tę procedurę pacjentka musi wyrazić zgodę i jest zwykle informowana o korzyściach, zagrożeniach i ryzyku oraz o wynikających z tej procedury konsekwencjach.

Poród pochwowy zwykle traktuje się jako zdarzenie fizjologiczne, w związku z czym pacjentka nie jest informowana o zagrożeniach, ryzyku, jakie niesie, ani jego konsekwencjach. Tym samym nie rozważa się z ciężarną szansę na powodzenie porodu pochwowego i jego zakończenia bez powikłań ani nie przedstawia się jej też potencjalnych zagrożeń wynikających z porodu nawet w ciąży fizjologicznej. Pacjentek nie informuje się choćby o tym, że prawdopodobieństwo zakończenia porodu w ciąży fizjologicznej bez uszkodzeń krocza i stosowania procedur operacyjnych występuje zaledwie u połowy rodzących. Podobnie informacje o odległych następstwach uroginekologicznych porodu pochwowego, przez to, że ujawniają się średnio po 34 latach od porodu, nie są przekazywane kobietom.

A zmiany w dnie miednicy u pierworódek (niezależnie od obrażeń zewnętrznych pochwy i krocza) zdarzają się nawet u co drugiej rodzącej, co powoduje, że pierwszy poród pochwowy jest głównym czynnikiem ryzyka zaburzeń statyki narządów miednicy i nietrzymania moczu i/lub stolca. Również konsekwencje dla sfery emocjonalnej oraz następstwa porodu pochwowego dla życia seksualnego nie są dyskutowane z rodzącą.

Nadal, przy braku ściśle określonych wskazań medycznych do cięcia cesarskiego, nie pozostaje ono alternatywą dla porodu pochwowego, a ciężarna nie może dokonać wyboru, w jaki sposób chce urodzić, na podstawie subiektywnej oceny przedstawionych jej informacji.

ZWIASTUN ZMIAN. TO CIĘŻARNA DECYDUJE, W JAK SPOSÓB URODZI!

Sytuacja ta być może wkrótce ulegnie zmianie, a właściwie już ulega! Dotarcie tych zmian do Polski pozostaje zapewne jedynie kwestią czasu i w mojej ocenie za kilka lat rozważania na ten temat nie będą miały w ogóle miejsca.

Kształt medycyny w Wielkiej Brytanii i rekomendacje RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) oraz wytyczne NHS (National Health Service) pozostają jednymi z najbardziej wpływowych w odniesieniu do kształtowania opinii medycznych i podejmowania sposobów leczenia nie tylko w Anglii, Szkocji czy Irlandii, ale oddziałują też silnie na Europę i oczywiście Australię i Nową Zelandię.

Właśnie w Wielkiej Brytanii (11 marca 2015 r.) Sąd Najwyższy (The Supreme Court of the United Kingdom) wydał decyzję odnośnie apelacji wniesionej przez Nadine Montgomery, dotyczącej porodu, który odbył się prawie szesnaście lat temu. W trakcie porodu doszło do dystocji barkowej, w wyniku której dziecko doznało poważnego uszczerbku na zdrowiu. Dystocja barkowa stanowi jedno z najbardziej dramatycznych powikłań porodu i w większości przypadków nie da się ani jej przewidzieć, ani zapobiec, ale należy wziąć pod uwagę czynniki, które zwiększają ryzyko jej wystąpienia. Jednym z nich jest cukrzyca i niezależnie od jej wyrównania czy też wystąpienia w jej konsekwencji makrosomii płodu (która stanowi niezależny czynnik ryzyka dystocji barkowej) prawdopodobieństwo dystocji jest nadal zwiększone. Z taką sytuacją miała do czynienia dr Dina McLellan, która o ryzyku wystąpienia dystocji barkowej, szacowanym na 9-10%,



nie poinformowała swojej pacjentki. Pani Montgomery wносиła w apelacji, że gdyby została poinformowana o ryzyku dystocji barkowej i mogących wiązać się z nią konsekwencjach dla niej lub jej dziecka oraz gdyby przedstawiono jej alternatywę pod postacią cięcia cesarskiego, które minimalizuje to ryzyko, to optowałaby za porodem operacyjnym. Przywołuję tak szczegółowo przypadek Nadi-ne Montgomery nie bez powodu, uważam bowiem, że sprawa ta stanowi tło do ciekawego uzasadnienia Sądu Najwyższego, które zmienia pozycję ciężarnej jako pacjentki i stawia ją w centrum podejmowanych decyzji!

W uzasadnieniu przyjęcia apelacji Lord Kerr i Lord Reed uznali za błędne założenie, że pacjent może być niezdolny do zrozumienia konsekwencji medycznych podjętych wyborów terapeutycznych albo że powinien polegać tylko na decyzji lekarskiej. U podstaw zajętego stanowiska leży prawo do samostanowienia. Sąd Najwyższy uznał, że ciężarna powinna zostać poinformowana zarówno o korzyściach, jak i potencjalnym ryzyku związanym z porodem pochwowym oraz że należało przedstawić jej alternatywne możliwości zakończenia ciąży. To właśnie pacjentka powinna zadecydować i tym samym ponieść odpowiedzialność za wybór mający wpływ na jej zdrowie i życie w przyszłości. Obowiązkiem lekarza zaś pozostaje udzielenie pełnej informacji i zapewnienie pacjentce odpowiedniego poziomu wiedzy dotyczącej konsekwencji podjętego leczenia. Założono bowiem, że jeśli tylko dorosła pacjentka, zdolna do podejmowania decyzji, otrzyma odpowiednie informacje, to ma prawo dokonać wyboru z przedstawionych jej opcji terapeutycznych, a oświadczenie dotyczące tego wyboru (zgoda pacjentki) powinno być przyjęte przed udzieleniem procedury medycznej. W dalszej części uzasadnienia Lady Hale podniosła, że ciąża, i tym samy poród, to dobra ilustracja tego, że wykonanie żadnej procedury medycznej nie może być rozważane w oderwaniu od innych możliwości czy alternatyw. Skoro konsekwencje porodu pochwowego mogą dotyczyć nie tylko dziecka, ale i matki, lekarz powinien przedstawić argumenty przemawiające za i przeciw porodowi pochwowemu w porównaniu z cięciem cesarskim. Pacjentka ma prawo do własnej oceny przedstawionych argumentów i dokonania wyboru, który musi być uszanowany.

Na lekarzu spoczywa obowiązek udzielenia informacji i przekazania ich tak, aby pacjent miał szansę je zrozumieć, ocenić i podjąć świadomą decyzję. W orzeczeniu Sądu zwraca się uwagę na trzy ważne aspekty: odpowiednie oszacowanie ryzyka (które jest najważniejszym z elementów konsultacji z pacjentką), a nie tylko przedstawienie danych procentowych; zaangażowanie lekarza w udzielanie informacji i podjęcie dialogu z pacjentką oraz na to, że powinno się unikać stosowania wyjątków od tej zasady.

Tym samym lekarz ma obowiązek poinformować pacjentkę także o naturalnych

konsekwencjach i ryzyku wynikającym z porodu fizjologicznego, również tych, o których często się zapomina lub całkowicie je pomija w rozmowie z nią.

NOWA ODSŁONA AWANTURY O CIĘCIE CESARSKIE

Na kanwie uzasadnienia w powyższej sprawie ponownie rozgorzała dyskusja dotycząca CDMR. Co niezwykle ciekawe, powszechna dostępność informacji medycznych powoduje, że wyniki badań naukowych przestały być już tajemnicą zarezerwowaną jedynie dla lekarzy, a jednym z najlepszych przykładów na to jest wypowiedź Pauline M. Hall. Ta dziennikarka z Calgary w Kanadzie na łamach ostatniego z numerów BJOG (International Journal of Obstetrics and Gynaecology – jeden z najbardziej opiniotwórczych periodyków wpływających na praktykę położniczo-ginekologiczną) przypominała, że stosowanie się do rekomendacji NICE z 2011 r. (The National Institute for Health Care and Excellence CG132 evidence – based recommendations) powinno umożliwić kobietom cięcie cesarskie na prośbę pacjentki. Według rekomendacji NICE:

„Jeśli po rozmowie i zaoferowaniu wsparcia (włączając w to poradę psychologiczną z zakresu perinatologii dla osób bojących się porodu) pacjentka nadal nie jest w stanie zaakceptować porodu pochwowego, to kobietom proszącym o cięcie cesarskie powinno się zaoferować planowe cięcie cesarskie. Położnik, który nie chce przeprowadzić cięcia cesarskiego, powinien skierować kobietę do położnika, który wykona procedurę.”

Pauline Hall uczestniczyła w spotkaniach grupy roboczej NICE ds. cięcia cesarskiego w 2011 oraz 2013 r. i zdradziła, że z wersji, która ukazała się drukiem w listopadzie 2011 r., z fragmentu rekomendacji „Jeśli (...) poród pochwowy jest dalej nieakceptowany, to wszystkim kobietom proszącym o cięcie cesarskie, powinno się zaoferować planowe cięcie (...)” usunięto słowo „wszystkim”. Dodatkowo w oświadczeniu dla prasy RCOG, jeszcze przed jego publikacją, oświadczyło, że rekomendacje NICE z 2011 r., „nie są propozycją, która stwierdza, że kobiety mają automatycznie prawo do cięcia cesarskiego”. Pani Hall zarzuca, głównie angielskiemu NHS, manipulowanie informacją, którego celem jest przeciwstawianie się z przyczyn ekonomicznych cięciu cesarskiemu na prośbę pacjentki (CDMR), co nie ma żadnego uzasadnienia w danych medycznych. Ofiarami takiej polityki ekonomicznej stają się, według pani Hall, pacjentki i lekarze, którzy pociągani są do odpowiedzialności prawnej. Co ciekawe – w raporcie z audytu klinicznego (CG132 Clinical Raport Tool) i w kolejnym oświadczeniu NICE w 2013 r. (2013 QS32) znajduje się informacja, że cięcie cesarskie powinno być zaoferowane bez wyjątków („with no exceptions”) wszystkim pacjentkom, które zostały poinformowane o konsekwencjach i wy-

raziły uświadomioną zgodę na tę procedurę medyczną. Pomimo tego w większości ośrodków w dalszym ciągu powszechną praktyką była nieco inna interpretacja tych zaleceń. Prośbę o cięcie cesarskie traktowano jako wiążącą jedynie w przypadku, kiedy nie udało się pacjentki odwieść od tego zamiaru. Tymczasem zalecenia NICE proponują zaoferowanie wsparcia, którego celem wcale nie jest zmiana decyzji ciężarnej, ale umożliwienie jej podjęcia świadomej decyzji. Takie postępowanie, w sensie prawnym, stawia kobietę w centralnej pozycji osoby podejmującej decyzję o sposobie rozwiązania ciąży.

Głos w toczącej się aktualnie dyskusji na ten temat zabrał również jeden z najbardziej znanych i prominentnych położników, prof. Frank A. Chervenak, który jest dyrektorem Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej w New York Presbyterian Hospital i kierownikiem Katedry Położnictwa i Ginekologii Weil Medical College w Cornell University. Chervenak, używając bardzo dystyngowanego języka, oskarżył Hall na łamach BJOG, że angażuje się w najbardziej ekstremalną formę redukcjonizmu na gruncie etyki położniczej, bowiem chciałaby ją oprzeć jedynie na prawach matczynych, pomijając prawo lekarzy/położników do podejmowania decyzji w oparciu o wiedzę medyczną. W rezultacie prowadzi to do sytuacji, gdzie prośba ciężarnej jest najważniejsza i odsuwa na dalszy plan rozważania natury etycznej dotyczące cięcia cesarskiego. Według prof. Chervenaka ten ekstremizm wiąże się z trzema problemami. Po pierwsze, z założeniem, że prawa matczyne są najważniejszymi w praktyce położniczej, a tymczasem są ważnym czynnikiem, ale nie jedynym. Po drugie, położnik musi zrównoważyć prawo do autonomii ciężarnej z troską o dobrostan zarówno matki, jak i mającego za chwilę przyjść na świat płodu. Po trzecie, biorąc pod uwagę brak danych dotyczących korzyści z zastosowania procedury CDMR, w środowisku położniczym rosną obawy związane z ryzykiem związanym z kolejnymi ciążami po przebytym cięciu cesarskim oraz potencjalnym ryzykiem pediatrycznym. W związku z czym prof. Frank Chervenak apeluje, aby nie wykonywać cięć cesarskich bez wskazań medycznych.

Lawina negatywnych komentarzy, jaka posypała się po odpowiedzi profesora F. Chervenaka, nie dotyczyła kwestii etycznych, ale wskazywała na liczne badania dotyczące niekorzystnego wpływu porodu pochwowego na zdrowie kobiety, głównie na powikłania uroginekologiczne i seksuologiczne. Powoływano się także na liczne prace dotyczące braku sprawdzonej informacji o istotnych klinicznie niebezpieczeństwach cięć cesarskich dla płodów!

Zatem po raz kolejny powraca pytanie: dlaczego to lekarz ma podejmować decyzje dotyczące zdrowia i życia dorosłej pacjentki?

Dokończenie na str. 13

O Boże, kto mi pomoże

– (nie)poradnik (część 2)

To była długa i niespokojna noc. Przynajmniej ja ją tak pamiętam. Wieczorem pięć razy sprawdziłam zawartość torebki, medytując, czy aby na pewno wszystko mam (jeśli zastanawiasz się, czy miałam wszystko, to tak... wszystko – za wyjątkiem trzeźwo myślącej głowy). Ułożyłam sto pięćdziesiąt osiem potencjalnych scenariuszy, co może się zdarzyć, i zaczęłam liczyć owce... W końcu nadzedł TEN dzień. Pierwszy dzień nowej pracy. Absolutnie poważnej pracy – pracy z pieczętą, na której widniał numer. Numer pełnego prawa wykonywania zawodu lekarza. Tyle że „pełne” w tym wypadku oznaczało coś zupełnie innego, niż mówi słownik. Choć po głębszym zastanowieniu, patrząc z perspektywy roku pracy, jednak – PEŁNE... przygód. Mało tego, nie jestem odosobniona w swoich perypetiach. Zastanawiając się nad tym, jak ma wyglądać ten artykuł, przeprowadziłam kilka arcyciekawych rozmów z rezydentami (dzięki wszystkim!).

Rozumiesz zatem, Czytelniku, że żadnej dobrej rady w tym tekście nie znajdziesz. Nie ma tu niczego, co mógłbyś przenieść na swój grunt, żeby ten pierwszy dzień na nowym oddziale był dobrym dniem. Albo, przynajmniej, pozbawionym spektakularnych wpadek. Takich wskazówek tu nie uzyskasz. Są tu jedynie opowieści o przypadkach, które przydarzyły się kilku znajomym rozpoczynającym rezydenturę.

SEN, SEN, SEN

Wszelkiej maści psychologowie, doradcy zawodowi, specjaliści od PR i inni uczeni w piśmie zgadzają się co do jednego – wyśpij się w przeddzień debiutu. Zaskakująca jest jedynomyślność środowisk tak różnych i niehomogennych. Zdziwienie mija, kiedy zrozumiemy, jak absolutnie nieżyciowa i niewykonalna jest to rada. Stres cię zżera, nadnercza produkują pełną parą – sekrecja 2000% normy, w głowie milion kłębiących się myśli. A tu co? Taka rada. Idź spać. Wyśpij się. Drogi Czytelniku, ja się – uwaga! uwaga! – NIE wyspałam. Byłam szara, zdechła i wymięta jak siedem nieszczęść. A jak cię widzą, tak cię piszą.

PUNKTUALNOŚĆ JEST CNOTĄ KRÓLÓW

Kolejna dobra rada dotycząca pierwszego dnia w nowej pracy to rada nader techniczna: NIE SPÓŹNIJ SIĘ. Są na to różne sposoby. Zakładają one, że znasz adres szpitala, wiesz, gdzie się Twój oddział mie-

ści, który z korytarzy labiryntu prowadzi do upragnionego (nie)szczęścia, a który wprost do komnaty szpitalnego minotaura, że masz swój pojazd zatankowany, sprawny i niezawodny lub znasz na pamięć rozkład wszystkich środków komunikacji w promieniu kilku kilometrów. Oczywiście, bez pudła oceniasz czas podróży i dodajesz minimum kwadrans na wszelki wypadek. Kolega, któremu przydarzyła się wpadka, adres znał, problemów komunikacyjnych nie miał, a... i tak udało mu się spóźnić.

ODRÓB LEKCJE – KTO JEST KIM, Z KIM, PO CO I DLACZEGO

Szeroko znanym i akceptowanym jest fakt, iż wypada wiedzieć o swojej pracy i kolegach jak najwięcej. Znać specyfikę pracy oddziału, orientować się w profilu pacjentów, mieć pojęcie, jak nazywa się szef, a jak kierownik specjalizacji. Warto uświadomić sobie, że p. dr Nowacka to jednak nie jest Nowicka, a Kopec niekoniecznie jest poszukiwanym przez nas w popłochu Kapciem. Tutaj, Drogi Czytelniku, a jakże!, również da się zaliczyć wpadkę. Sytuacja co prawda z czasów liceum, nie mniej jednak rzeczywista. Wychowawczyni przedstawia nauczycieli, którzy będą uczyć poszczególnych przedmiotów, dochodząc do wychowania fizycznego, oznajmia: „WF – pan Tofel”. Pierwszego dnia zajęć kolega z klasy, pukając do drzwi pokoju nauczycielskiego, rezolutnie zadaje pytanie: Dzień dobry, czy jest pan Pantofel?... Komentarz dalszy uważam za zbędny.

MACGYVER NIE TAKI MAŁY

...czyli przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania. Biegasz spanikowany: jak się włącza defibrylator, jak uruchomić pompę do ciągłych wlewów, przeliczyć dawkę prednizolonu na metyloprednizolon? Nie bój żaby. Kolega też biegał. Ba, on maraton w pierwszym dniu pokonał. Z uporem maniaka zbierał ulotki, w jego opinii niezbędne do dalszego funkcjonowania. I tak 17 charakterystyk produktu leczniczego i 3 instrukcje obsługi urządzeń wszelakich trafiły do plecaka, następnie domu i głowy jego mościa. Po złożeniu zestawu do drenażu okazuje się, że brakuje jednego korka? Pacjent się dusi, a ty nie wiesz, jak zainstalować? Stare prawo głosi, że anestezjolog (a ja jestem tylko rezydentem...) z plastra i bandaża wszystko zrobi. Spokojnie, nie jesteś sam. Nie kombinuj, odetchnij i poproś o pomoc. Masz prawo nie umieć.

UCZ SIĘ, UCZ, A ZOSTANIESZ... SZATNIARZEM

I co by było jasne, absolutnie nie mam nic do szatniarzy. Żadna praca nie hańbi. Niemniej jednak wiele osób przed rozpoczęciem specjalizacji intensywnie się uczy. Czyta tony książek, wytycznych, ogląda filmiki na You Tube, jak poprawnie wykonać daną procedurę. Koleżanka należała do grona przygotowujących się nadgorliwie. Pierwsze przyjęcie – gorączka, bóle mięśni, biegunka, następnie krwawienie z nosa i ból w klatce u pacjenta, który wrócił z Sudanu. Eureka! Toć to nic innego jak ebola. Ebola? W Bydgoszczy? Izolujemy... 65-latka z zapaleniem płuc, który z uporem maniaka nadużywał kroplek do nosa. W kwestii wyjaśnienia, koleżanka wcale nie pracuje w szpitalu zakaźnym.

JEŚLI SYPIAM TO TYLKO Z...

...podręcznikiem do specjalizacji (w miejsce kropek wpisać odpowiednie nazwisko). Aktualizacja bazy danych trwa. Pierwsze popołudnie i noc (i każde kolejne... i kolejne...) spędziłam na pewnym opasłym tomisku, które boleśnie dało o sobie znać rano, zostawiając mi piękną czerwoną pamiątkę na policzku. Tylko tona pudru i maseczka chirurgiczna (dzięki Bogu, że mogę się schować!) pomogły ukryć ślady upojnej nocy z Larsem (jeden z najważniejszych podręczników do specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii). Ponadto kac moralny, że usnęłam, a miałam jeszcze tytylle doczytać. Mój kac na szczęście szybko minął (reanimacja kawą zakończona pełnym sukcesem), bo w pierwszych dniach pracy nie muszę być alfą i omegą. Mam prawo do braków w wiedzy, grunt tylko umieć się do tego przyznać i pytać. A na oddziale zawsze znajdzie się ktoś, kto podpowie, pomoże. Wystarczy tylko ładnie się uśmiechnąć i poprosić, a Starszy Doktor czy Pani Pielęgniarka o wiele większym doświadczeniu na pewno doradzą. Bo w końcu nie o honor, a o dobro pacjenta tu chodzi.

PUENTA, BO JAKIEŚ ZAKOŃCZENIE MUSI BYĆ

Pierwszego dnia pracy możesz się spóźnić. Pomylić dwóch (!) pracowników, niemiłościnnie kalecząc ich nazwiska. Mieć problemy z przełożeniem wiedzy teoretycznej na praktyczną. I wiecie co? Absolutnie nic się nie stanie. Nie wyrzucą was, nikt nie nakrzyczy (wyjątkowo głośno). Ziemia dalej będzie się kręciła wokół Słońca (albo odwrotnie), a śnieg sypał, wiatr wiał, a zegar głośno tykał.

A co później? – zapytacie. Później będzie jeszcze ciekawiej.

Ania Szczęśniak

Lek. med. Anna Szczęśniak – jest rezydentem anestezjologii i intensywnej terapii w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym oraz członkiem Komisji Młodych Lekarzy BIL.



Przewaga dzięki technice

Audi



Nowe Audi A4. Poczuj zmianę.



Przywileje dla wymagających

Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15, Bydgoszcz
salon_audi@konarzewski.com.pl
www.konarzewski.audi.pl

W zależności od wariantu i wersji zużycie paliwa w cyklu mieszanym: od 3,7 do 6,3 l/100 km, emisja CO₂: od 95 do 144 g/km. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji znajdują się na stronie www.audi.pl.

Co nowego?

W Warszawie odbył się V Kongres Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego (13-14 listopada). Wśród tegorocznych prelegentów nie brakowało wybitnych postaci. Swoją obecnością zaszczycił nas m.in. prof. Alberico Catapano – prezydent Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego.

Przedsięwzięcie było skierowane przede wszystkim do lekarzy zajmujących się problemami lipidowymi, prowadzących pacjentów z zaburzeniami lipidowymi, po incydentach sercowo-naczyniowych czy będących w grupach ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Przypomniano, że zaburzenia lipidowe to jedno z najczęstszych czynników występowania chorób serca i naczyń w Polsce (choroby wieńcowej, udaru mózgu czy chorób naczyń obwodowych) – dotyczą ok. 60% populacji ludzi dorosłych i że w dalszym ciągu, pomimo wzrostu świadomości lekarzy i społeczeństwa, są nieskutecznie leczone – zaledwie 8–12% osób osiąga docelowe wartości lipidogramu. Wiodącymi tematami tegorocznego Kongresu była właśnie problematyka osiągania docelowych wartości poszczególnych frakcji cholesterolu, zwłaszcza LDL, wśród polskich pacjentów, szczególnie w profilaktyce wtórnej i będących

w grupie bardzo wysokiego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, ponadto problem tzw. dysfunkcyjnego HDL (wysokie stężenie frakcji HDL cholesterolu działające promiażdżycowo), hipercholesterolemii rodzinnej (jednostki chorobowej wciąż rzadko rozpoznawanej i niedoszacowanej) oraz zjawisko nietolerancji statyn (często na wyrost rozpoznawane).

Szczególą uwagę poświęcono nowej grupie leków hipolipemizujących, które w najbliższym czasie mogą stać się przełomem i prawdziwą rewolucją w leczeniu zaburzeń lipidowych – inhibitorom PCSK9 (proprotein convertase subtilisin-kexin type 9) – alirokumab, ewolokumab, bocicozumab. Są to ludzkie przeciwciała monoklonalne wiążące się z PCSK9, co uniemożliwia wiązanie się ich z receptorem dla LDL na powierzchni hepatocytów, co prowadzi do zmniejszenia stężenia frakcji LDL cholesterolu w surowicy krwi. Inhibitory PCSK9 zmniejszają stężenie cholesterolu LDL, cholesterolu całkowitego, ApoB, cholesterolu nie-HDL, VLDL, TG i Lp(a) i zwiększenie stężeń HDL i ApoA1.

W badaniach klinicznych leki te powodują zmniejszenie cholesterolu frakcji LDL

o 55–75% już w 1 tygodniu leczenia, a efekt utrzymuje się długofalowo. Można stosować je łącznie z innymi lekami hipolipemizującymi – statynami (LAPLACE) czy ezetymibem (MENDEL) lub w monoterapii, szczególnie u pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną, (TESLA), nietolerancją statyn (GAUSS) czy nie osiągających docelowych wartości cholesterolu w poszczególnych grupach ryzyka za pomocą dostępnych terapii w maksymalnych tolerowanych dawkach.

Leki te są stosowane w iniekcjach podskórnych za pomocą półautomatycznego, jednorazowego wstrzykiwacza raz lub 2 razy w miesiącu. W chwili obecnej dostępna jest w Polsce terapia oparta na ewolucumabie, jest nierefundowana, a jej koszt wynosi około 2200 zł miesięcznie (2 dawki).

Na koniec poruszono temat organizacji i powstawania Regionalnych Centrów Leczenia Zaburzeń Lipidowych i Ośrodków Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej. Konsultacje w nich mogłyby być refundowane przez NFZ, zajęłyby się też diagnostyką i leczeniem trudnych pacjentów oraz działalnością edukacyjną lekarzy i społeczeństwa.

Paweł Rajewski

Dr n. med. Paweł Rajewski od 2015 r. jest ekspertem lipidologii Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy i Centrum Medycznym Gizińscy.

RENTA SZKOLENIOWA

Adresowana jest do osób, które utraciły trwale zdolność do pracy w wyuczonym zawodzie, a rokują nadzieję na jej odzyskanie po przekwalifikowaniu.

Z ZUS-u

Jeśli ubezpieczony spełni warunki wymagane do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy i uzyska orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, może otrzymać rentę szkoleniową. Renta przyznawana jest na okres 6 miesięcy. Maksymalny czas jej pobierania nie może przekroczyć 36 miesięcy. Zarówno skrócenie, jak i wydłużenie okresu pobierania renty szkoleniowej następuje na podstawie wniosku starosty.

Renta szkoleniowa nie przysługuje w razie osiągnięcia przychodu, np. z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego.

Pracownicy, którzy są niezdolni do pracy z powodu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, nie muszą posiadać uprawnień związanych ze stażem pracy (było to omawiane w artykule dotyczącym rent) – wobec nich zniesiono warunek posiadania odpowiedniego okresu składkowego.

Renta szkoleniowa wynosi 75% wymiaru renty i nie może być niższa niż najniższa renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy.

Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania, co do odzyskania zdolności do pracy, bierze się pod uwagę dwa elementy:

- **biologiczny** – stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności poprzez leczenie i rehabilitację.

- **zawodowy** – możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, uwzględniając rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Osoba spełniająca powyższe kryteria jest kierowana także do konsultanta psychologa, który na podstawie bezpośredniego badania ubezpieczonego określa:

- poziom inteligencji

- sprawność funkcji poznawczych i wykonawczych (zdolność do rozumowania logicznego, zapamiętywania, koncentracji i uczenia się, zdolności wzrokowo-przestrzenne, sprawność manualną)

- osobowość badanego i jego motywację do przekwalifikowania.

Pozwala to stwierdzić, czy ubezpieczony będzie w stanie podjąć kształcenie i zdobyć nowe umiejętności, poznać jego motywację, zainteresowania – słowem określić, czy takie działanie jest celowe. Jeśli kwalifikacja jest pozytywna – wydane zostaje orzeczenie skutkujące decyzją o przyznaniu i wypłacie renty szkoleniowej.

Marlena Ciesielska-Osuch

O autorce: Marlena Ciesielska-Osuch jest lekarzem chorób wewnętrznych oraz specjalistą medycyny pracy. Ma 20-letni staż pracy zawodowej. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych pracuje od 2003 roku – od stycznia 2014 pełni funkcję Głównego Lekarza Orzecznika.



Badania i kwalifikacja pobranej krwi

W pierwszym artykule, omawiając zasady poboru krwi, wspomniałam Państwu, że podczas każdej donacji pobiera się do odpowiednich probówek, oznaczonych kodem kreskowym, próbki krwi przeznaczone do badań kwalifikacyjnych serologicznych i wirusologicznych, wykonywanych w odpowiednich pracowniach.

**KĄCIK
KRWIODAWSTWA**

PRACOWNIA SEROLOGICZNA KRWIODAWCÓW

W przeciwieństwie do serologii konsultacyjnej, gdzie ze względu na przypadki jednostkowe stosuje się w pracy metody manualne – w serologii krwiodawców badania, w liczbie kilkudziesięciu tysięcy rocznie, wykonuje się przy użyciu analizatorów serologicznych o szerokim spektrum i dużej wydajności. Pracownia Serologiczna Centrum wyposażona jest w trzy analizatory serologiczne: dwa Techno Twin Station oraz jeden PK7300, na których można wykonać w ciągu 10 godzin pracy 1500 badań grup krwi. Na analizatorach wykonuje się: kontrolę serologiczną każdej pobranej donacji, oznaczanie antygenów ABO, Rh, Kell i innych układów grupowych oraz wykrywanie przeciwciał odpornościowych. Każdy krwiodawca już przy pierwszej donacji – oprócz grupy krwi z układu ABO i antygeny D z układu Rh – ma oznaczone pozostałe antygeny z układu Rh (Cw, C, c, E, e) oraz K z układu Kell, natomiast wydruk na etykiecie tego fenotypu możliwy jest dopiero po ponownym jego oznaczeniu przy następnej donacji. W analizatorach zastosowano mikrometody z użyciem mikropłytek, co stanowi ich niezaprzeczalny walor.

Omawiając serologię dawców, chciałabym zwrócić uwagę Państwa dodatkowo na dwa tematy – jeden z nich to **słabe odmiany antygeny D**. W związku z wykazaniem przypadków immunizacji biorców słabymi odmianami i kategoriami antygeny D, w 2014 r. wprowadzono obowiązek badania antygeny D w pośrednim teście antyglobulinowym (PTA) wszystkim dawcom RhD ujemnym w celu zwiększenia wykrywalności bardzo słabych odmian i niektórych kategorii antygeny D. Druga sprawa dotyczy antygeny K z układu Kell. Antygen K charakteryzuje się silną immunogennością, a konflikt matczyno-płodowy spowodowany przeciwciałami anti-K może być bardzo niebezpieczny dla płodu. **Z tego powodu nie należy przetrzącać krwinek K+ biorcom płci żeńskiej do okresu menopauzy.**

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI WIRUSOLOGICZNEJ I BAKTERIOLOGICZNEJ

Badania wykonywane w tej pracowni mają na celu wykrycie zakażenia krwi chorobotwórczymi wirusami zapalenia wątroby typu C (HCV), wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV), ludzkim wirusem niedoboru odporności typu 1 (HIV1) i typu 2 (HIV2) oraz krętkiem kiły. W diagnostyce wirusologicznej postępowanie jest dwuetapowe. W pierwszym etapie wykonuje się badanie wszystkich próbek krwi na automacie i przy użyciu testów VITROS IMMUNODIAGNOSTICS, pozwalające na wykrycie antygeny HBs, przeciwciał anti-HCV oraz przeciwciał anti-HIV. Badanie to ma charakter przeglądowy. Po wyeliminowaniu próbek dodatnich, przystępuje się do drugiego etapu badania, w którym poszukuje się materiału genetycznego wirusów: DNA HBV, RNA HCV, RNA HIV metodą PCR na apa-

racie COBAS Tag Screen. Obydwa automaty połączone są z wewnętrznym systemem komputerowym BANK KRWI. Badanie PCR wykonuje się na próbkach pulowanych po 6 donacji. Technika jest żmudna, a opracowanie całości próbek z jednego dnia poboru zajmuje od 8 do 10 godzin. W sytuacjach wymagających wydania świeżego preparatu „na cito”, najczęściej KKP, istnieje możliwość wykonania badania w tzw. donacjach pojedynczych i skrócenia czasu oczekiwania na wynik do 3-4 godzin. Każda donacja krwi, w której stwierdzono wynik dodatni w teście przeglądowym, zostaje zatrzymana, natomiast z próbek wykonuje się badania powtórkowe zgodnie ze szczegółowymi przepisami. Dodatni wynik badania w teście PCR wymaga weryfikacji w Zakładzie Wirusologii Instytutu Hematologii w Warszawie. Krew również zostaje zatrzymana, natomiast opinia wydana przez Instytut dotyczy postępowania z dawcą, tzn. określa okresy, po jakich powinien zgłosić się on na badania kontrolne. Najczęściej są to 4 tygodnie, ale gdy nadal występują reakcje dodatnie nieswoiste, kontrole powtarza się po pół roku, roku lub nawet trzech latach. Naturalnie w tym czasie dawca nie może oddawać krwi dla celów leczenia.

Zarówno kwalifikacja serologiczna, jak i wirusologiczna odbywa się najpierw w pracowni i polega na sprawdzeniu przez dwie osoby wydruków komputerowych wyników badań. Ostateczna kwalifikacja krwi ma miejsce w Dziale Zapewnienia Jakości, gdzie – na podstawie danych przesłanych z Pracowni Serologicznej Krwiodawców, wyników wirusologicznych oraz raportu lekarskiego o sprawdzonych kwestionariuszach dawców – dopuszcza się krew do etykietowania i wydania jej do ekspedycji. Organizacja pracy, umożliwiająca wykonywanie w jednym czasie zarówno preparatyki krwi, badań serologicznych i wirusologicznych, oraz automatyzacja i komputeryzacja powodują, że do leczenia wydaje się świeże składniki krwi. Na zakończenie chciałabym zaznaczyć, że każda donacja pobranej krwi lub jej składnika, niezależnie od tego, jaki okres czasu upłynął u dawcy od poprzedniej donacji (dni, tygodnie, miesiące), podlega wszystkim wymienionym badaniom wirusologicznym.

Danuta Boguszyńska

O autorce: lek. med. Danuta Boguszyńska jest specjalistką w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Przez 50 lat pracy zawodowej związana była z krwiodawstwem. Pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa oraz zastępcy dyrektora ds. medycznych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Była konsultantem regionalnym i wojewódzkim w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie na emeryturze.



Dokończenie ze str. 9

PRAKTYKA POŁOŻNICZA W POLSCE

Rzeczywistość położnicza na całym świecie jest dość mocno spolaryzowana, jeśli chodzi o CDMR. Z jednej strony są ośrodki, w których ciężarna nie ma możliwości decydowania o tym, w jaki sposób chce urodzić, z drugiej zaś istnieją miejsca, gdzie CDMR funkcjonuje, ale pod przykrywką naciąganych wskazań lub fikcyjnych rozpoznań. Nota bene ciekawy jest głos samych położników w sprawie CDMR. W badaniach dotyczących opinii położników mężczyzn, w jaki sposób chcieliby, aby urodziło się ich dziecko, ponad 80% optowało za cięciem cesarskim. W tych samych badaniach kobiety specjalistki położnictwa w ok. 60% wolałyby urodzić z wyboru cięciem cesarskim.

W Polsce, w większości przypadków, to nie kobieta podejmuje decyzję o sposobie porodu, ale być może sytuacja ta ulegnie wkrótce zmianie i tym samym będziemy mieli szansę zaobserwować fundamentalną metamorfozę na gruncie medycyny. Jako lekarzom, pozostaje nam śledzenie nie tyle dyskusji na ten temat, co wyników badań, aby móc rzeczowo poinformować ciężarną o korzyściach oraz ryzyku wynikającym z oferowanych procedur medycznych.

Według Sądu Najwyższego Wielkiej Brytanii – to nie lekarze, ale ciężarna, jako dorosła osoba, dokonuje wyboru i decyduje się ponieść konsekwencje podjętej decyzji. To, co wydaje się niepokojące w tej sytuacji, to fakt, że lekarze oddali pola prawnikom i sędziom, którzy wydają wyroki w sprawach dotyczących powikłań okołoporodowych, tymczasem tego typu zmiany powinny zna-

leć oparcie w badaniach medycznych i zaleceniach nadążających za zmieniającym się światem. Póki co konsekwencje prawne ponoszą najczęściej lekarze.

Maciej W. Socha



Dr n. med. Maciej W. Socha jest lekarzem specjalistą położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej, pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Bizziela; jest w trakcie specjalizacji z perinatologii w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej, Ginekologii i Neonatologii Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy; jest adiunktem w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej CM UMK; pracuje też jako biegły w Zakładzie Medycyny Sądowej Collegium Medicum UMK i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz prywatnie w LEKARZE Mostowa 4;

Zmiany w zakresie wystawiania recept refundowanych

W ramach prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi przysługują świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. Dla przejrzystości niniejszego artykułu leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne będą zbiorczo określane „lekami”.

DOTYCHCZASOWY STAN PRAWNY (PRZED ZMIANAMI)

Realizacja prawa pacjenta do leków następuje na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną. Zgodnie z dotychczas obowiązującymi przepisami ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 345), receptę na leki refundowane może wystawić m.in. każdy lekarz będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych.

Umowa upoważniająca do wystawiania recept refundowanych zawierana jest z Narodowym Funduszem Zdrowia na czas nieokreślony. Wzór takiej umowy został określony w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 38/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 czerwca 2012 r.

Umowa ta określa w szczególności zobowiązania osoby uprawnionej i Funduszu, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, kary umowne i warunki jej wypowiedzenia albo rozwiązania. Z punktu widzenia lekarzy szczególnie istotna jest kwestia kar umownych. Aktualnie kary umowne zostały określone kwotowo za poszczególne naruszenia, szczegółowo wymienione w umowie. Przykładowo oddział Funduszu nakłada następujące kary umowne:

- 200 zł za nieprawidłowo wystawioną receptę;
- po 200 zł za ustalenie lub oznaczenie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, nieprowadzenie dokumentacji medycznej bądź jej prowadzenie w sposób niezgodny z przepisami prawa mające wpływ na prawo do refundacji, wysokość dopłaty pacjenta lub kwotę refundacji;
- 100 zł za niepowiadomienie oddziału o zmianie danych osobowych wskazanych w umowie;
- 700 zł za niezawarcie z oddziałem aneksu do umowy wskazującego nowe miejsce udzielania świadczeń.

Ustawodawca pod wpływem protestów środowiska lekarskiego zrezygnował jednocześnie z kontrowersyjnych postanowień obowiązujących w ustawie refundacyjnej w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 8 lutego 2012 r., które nakładały na lekarzy obowiązek zwrotu Funduszowi kwoty stanowiącej

równowartość kwoty nienależnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji, w przypadku wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy bądź też wypisania recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach obejmujących wykazy leków refundowanych.

ZMIANY W OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISACH

9 października 2015 r. została przez Sejm uchwalona ustawa o zmianie Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. Ustawa ta została podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej 27 października 2015 r.

W art. 13 te same ustawy przewidziano zmianę Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Zasadniczo ustawa ta, za wyjątkiem niektórych przepisów, wchodzi w życie po upływie 14 dni od jej ogłoszenia w Dzienniku Ustaw, które nastąpiło 27 listopada 2015 r.

Wprowadzone zmiany są niezwykle istotne z punktu widzenia lekarzy wypisujących recepty na leki refundowane, którzy nie są lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego, czyli nie posiadają zawartych z Funduszem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani nie są zatrudnieni lub nie wykonują zawodu u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przede wszystkim bowiem ustawa nowelizująca znosi wobec nich obowiązek zawierania umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane, które były dotychczas zawierane z lekarzami przez dyrektorów wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotychczasowe umowy wygasają z dniem 31 grudnia 2016 r.

Powyższe, jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy, było podyktowane zapewnieniem pacjentom jak najszerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych, którymi są m.in. leki refundowane. Oznacza to, że osobą uprawnioną do wystawiania recept refundowanych będzie każda osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, jest uprawniona do wystawia-

nia recept zgodnie z ustawą refundacyjną oraz ustawą z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

Osoba taka oraz podmiot wykonujący działalność leczniczą, w ramach którego wystawiono receptę na co najmniej jeden refundowany lek, będą obowiązani poddać się kontroli przeprowadzanej lub zlecającej przez Fundusz w zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej zasadności i prawidłowości wystawiania recept na leki refundowane. Obowiązek ten nie będzie dotyczył jednak lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż w takim wypadku kontroli będzie podlegał podmiot, w ramach którego wystawiona została recepta.

Co istotne, znowelizowane przepisy ustawy refundacyjnej po raz kolejny rozszerzają odpowiedzialność lekarzy (wyłączając lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego) przewidując, że Fundusz będzie mógł:

- zobowiązać lekarza do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość kwoty refundacji, wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia dokonania refundacji, w przypadku:
 - wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi;
 - wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy;
 - wypisania recepty niezgodnej ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków;
 - wypisania recepty w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept,
- nałożyć na lekarza karę pieniężną, w przypadku:
 - uniemożliwienia czynności kontrolnych (wówczas karę pieniężną wymierza się w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji za okres objęty kontrolą);
 - niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych (wówczas karę pieniężną wymierza się w kwocie do równowartości kwoty refundacji za okres objęty kontrolą), przy czym każdorazowo okres objęty kontrolą nie może być dłuższy niż 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpiła refundacja.

Jadwiga
Jarząbkiewicz-Górnica
Radca prawny BIL



MAZDA6

PIĘKNO I DYNAMIKA



mazda

Stworzyliśmy samochód, z którego jesteśmy dumni. Zarówno we wnętrzu jak i linii nadwozia uchwyciliśmy to co najważniejsze. Połączyliśmy piękno i dynamikę. Poznaj nasz sposób myślenia i sprawdź co jeszcze zrobiliśmy inaczej na filozofiamazdy.pl

MAZDA. Przełamujemy konwencje.

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
www.mazda.bydgoszcz.pl

ul. Fordońska 307, 85-766 Bydgoszcz
tel. 52 339 07 33

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ wynoszą odpowiednio: od 4,2 do 6,4 l/100 km oraz od 108 do 150 g/km. Samochód jest wyposażony w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany [HFC-134A] o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl



Przymus bezpośredni wobec pacjenta – warunki dopuszczalności

W listopadzie, już po raz kolejny, odbyła się konferencja naukowa, zorganizowana przez **Szpital MSW w Bydgoszczy, pt. „Problemy współczesnego anestezjologa”**. Tak jak w poprzednich latach cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Organizatorzy, mając pełną świadomość tego, iż światy prawa i medycyny wzajemnie się przenikają, wyszli naprzeciw aktualnym potrzebom środowiska lekarskiego i poza tematyką stricte medyczną zadbał o to, by dobór omawianych tematów dotyczył także zagadnień prawnych związanych z lekarską codziennością. Już po raz trzeci miałam przyjemność prezentować uczestnikom konferencji tego rodzaju kwestie. W tym roku tematem wykładu był przymus wobec pacjenta i warunki jego dopuszczalności.

Wolność człowieka jest jego fundamentalnym dobrem, chronionym przez Konstytucję RP. Jednakże ta sama Konstytucja wskazuje, iż prawo to może nam zostać ograniczone, ale pod pewnymi warunkami. Po pierwsze wówczas, gdy wymaga tego ochrona zdrowia albo wolności i praw innych osób (art. 31 Konstytucji RP). Po drugie, takie uregulowania muszą mieć rangę ustawową. Możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego stanowi formę ograniczenia wolności i jest przykładem wyjątku od konstytucyjnej zasady prawa jednostki do samostanowienia. Tego rodzaju zapisy odnajdujemy np. w kpk, kkw. Odnośnie sytuacji pacjenta należy wskazać, że między innymi warunkiem dopuszczalności podjęcia wobec niego czynności lekarskich jest zgoda – jego samego bądź uprawnionej do tego osoby. Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego stanowi zatem ograniczenie autonomii woli pacjenta. Tym samym jest to sytuacja wyjątkowa także i w tej płaszczyźnie.

Prymus bezpośredni został uregulowany również w Ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z treścią art. 18 może być on stosowany wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te: 1) dopuszczają się zamachu przeciwko: a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby bądź b) bezpieczeństwu powszechnemu, 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowot-

nego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Nadto, przymus bezpośredni można stosować, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, a także w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego (art. 34 ustawy). Jednocześnie w ustawie określony został katalog środków przymusu bezpośredniego, który może być stosowany. **Są to:**

- **przytrzymanie**, czyli doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej;
- **przymusowe podanie leków** będące doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu człowieka bez jego zgody;
- **unieruchomienie** – dłużej trwające obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych;
- **izolacja** czyli umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy jego wyborze należy dobrać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy oraz zachować szczególną ostrożność, dbałość o dobro tej osoby.

Co do zasady, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa jego rodzaj osobiście nadzorując wykonanie. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i osobiście nadzoruje jego wykonanie pielęgniarka, która jest

obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Po otrzymaniu tego rodzaju informacji lekarz również niezwłocznie winien zweryfikować podjęte wobec pacjenta działania, podtrzymując decyzję o konieczności stosowania danego środka, bądź nakazać zaprzestanie jego kontynuowania.

Zarówno każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego jak i fakt uprzedzenia o tym osoby z zaburzeniami psychicznymi musi zostać odnotowany w dokumentacji medycznej.

Aktem wykonawczym do wskazanej ustawy jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. (Dz. U. z 29 czerwca 2012 r). Określono w nim sposób: 1) stosowania przymusu bezpośredniego, 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.

Należy podkreślić, iż niniejszy artykuł jedynie sygnalizuje najistotniejsze kwestie związane z tym niezwykle złożonym zagadnieniem. Dlatego w przypadku ewentualnych pytań, bądź konieczności szerszego wyjaśnienia poruszanych zagadnień proszę o kontakt poprzez Redakcję.

Justyna Straka – prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy,
www.facebook.com/krislex.bydgoszcz,
justyna.straka@krislex.pl

Bil zaprasza

Medyczna Noc w Operze

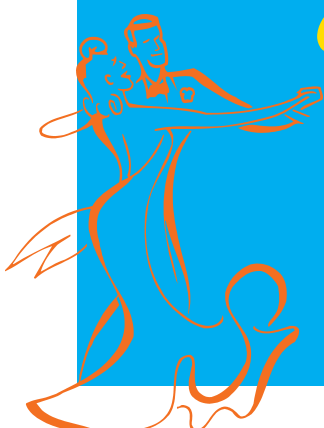
6 lutego 2016 r.

GWIAZDA WIECZORU: STANISŁAW SOJKA • DO TAŃCA ZAGRA DJ

WYKWINTNY POCZĘSTUNEK W CENIE

SPRZEDAŻ BILETÓW W SIEDZIBIE BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ OD 7 STYCZNIA 2016 r.

CENA JEDNEGO BILETU 200 zł • ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA



Wiemy jak wiele laboratoriów
medycznych mają Państwo
do wyboru, dlatego dziękujemy,
że wybrali Państwo właśnie
laboratoria Vitalabo.



ul. gen. J. Hallera 2 E, Bydgoszcz
www.vitalabo.com.pl

Wynajmę 3 gabinety lekarskie

w 2 letnim lokalu na parterze. Bydgoszcz,
ul. Skorupki 98. Jeden połączony z gabine-
tem zabiegowym, drugi z kabiną higieny in-
tymnej. Całość 145 metrów kw. Odbiór San-
epidu w 2013 roku. W lokalu funkcjonuje la-
boratorium medyczne Synevo. Do końca
2015 roku gabinety są wynajęte. W lokalu
zainstalowany jest alarm z powiadomieniem.
Możliwość wynajęcia pojedynczego gabine-
tu na wyłączność, na jeden dzień w tygodniu
na wyłączność lub całości lokalu.

Tel **608 748 508** lub **604 467 411**

Zapraszamy



**do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO**

- Specjalizujemy się w rozliczaniu
podatkowym podmiotów
świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ
KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI
TECHNOLOGIAMI**, opartymi
m.in. na komunikacji online/
e-mail/sms/tel.
- **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS**,
wychodzimy naprzeciw,
dojeżdżamy i odbieramy
dokumenty bezpośrednio
u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



*Kancelaria Podatkowa
Grygier i Wspólnicy sp. jawna*

e-mail: poczta_big@wp.pl
☎ **508 303 873 • 525 243 584**
www.bigbiuro.pl
Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Bydgoszcz zaprasza



- Zebranie – **14 stycznia 2016 r.** – czwartek – godz. 10.30. **Wykład I:** lek. dent. Bartosz Majewski – członek PTS O/Bydgoszcz. Temat: „Leczenie protetyczne rozległych braków w uzębieniu – prezentacja przypadku klinicznego”. **Wykład II:** dr n. med. Tomasz Piętka – Kierownik Klinicznego Oddziału Chirurgii Czaszkowo – Szczękowo-Twarzowej WIM w Warszawie. Temat: „Profilaktyka onkologiczna w gabinecie stomatologicznym”.

termedia zaprasza



20 lutego 2016 r. – Nowości w Chorobach wewnętrznych



26–27 lutego 2016 r. – Pułapki w diagnostyce farmakoterapii nowotworów



26–27 lutego 2016 r. – Gorące tematy pneumonologii



11–13 marca 2016 r. – Kongres Top Medical Trends Poznań.

TERMEDIA sp. z o.o. • ul. Kleeberga 2 • 61-615 Poznań
tel./faks +48 616 562 200 • e-mail: szkolenia@termedia.pl • www.termedia.pl

DO WYNAJĘCIA pomieszczenia

**pod działalność medyczną – gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe,
blok operacyjny przy ul. Pestalozziego 7 (ALFA-MED) w Bydgoszczy.**

Możliwość obsługi rejestracji, pomoc administracyjna,
indywidualne warunki najmu, parking dla pacjentów.

Zainteresowane osoby proszę o kontakt telefoniczny pod numerem 600 262 738



Rabba
aseptyka

Polimeryzacja podłóg

Większość producentów zaleca renowację co 6-12 miesięcy.

Zadzwoń a specjalista doradzi Ci, co można wykonać aby wygląd
podłogi Twojego Gabinetu należycie świadczył o Twojej Praktyce.

www.rabba.pl e-mail: aseptyka@rabba.pl

+48 694 029 492

APARTAMENTY

**CAŁOROCZNY
WYPOCZYNEK**

34-405 Białka Tatrzańska
ul. Środkowa 284D

tel. **18 264 17 00**
tel. **52 345 92 17**



www.apartamentybialka.com.pl
repcja@apartamentybialka.com.pl

GABINET STOMATOLOGICZNY

w centrum Bydgoszczy

WYNAJMĘ lub SPRZEDAM

50m², niski czynsz,
miejsca parkingowe dla pacjentów

Kontakt: **512 514 764**

Sprzedam CYBER OKO

Kontakt 602 121 717

o doktorze Longinie Rymkiewiczu

(9.06.1935–10.06.2015)



LOLEK

Niespodziewana informacja o śmierci Longina Rymkiewicza napętniła mnie smutkiem. Dla nas, dla których jego osoba coś znaczyła, zawsze był i pozostał Lolkim.

Wiadomość ta spowodowała pragnienie skreślenia kilka słów o Nim. Chcę opisać go takiego, jakiego zapamiętałem, a chyba jest o czym wspominać, skoro kilka ładnych lat w tym „szpitalu dzieciennym” razem przepracowaliśmy.

Poza wspólnym miejscem pracy łączyła nas historia. Bo i On i ja byliśmy wyproszeni z naszej ojcowizny na kresach wschodnich przez tzw. przyjaciół. Dlatego też nikogo z nas nie dziwiła Jego szczerza do nich niechęć.

Kreśląc dalsze słowa, postaram się zrealizować cel, który przed sobą postawiłem. Nie będzie to łatwe, bo wbrew pozorom Lolek był postacią barwną i bardzo ciekawą, a przez to trudną do jednoznacznego opisu. Na czoło Jego charakteru wybijała się pracowitość. Lolek był tytanem pracy! Wiecznie dyżurujący – czy to w szpitalu, czy w pogotowiu ratunkowym – znajdował jeszcze czas na pomaganie ojcu w prowadzeniu gospodarstwa w pobliskiej Brzozie, dojeżdżając codziennie autobusem PKS do Bydgoszczy.

Specjalizację pierwszego stopnia z zakresu pediatrii zdawaliśmy w tym samym dniu, a egzamin poprzedzały dni wspólnego powtarzania materiału. Tu przypominam sobie takie wydarzenie. Lolek – mówię do niego – *proponuję Ci stworzenie klimatu egzaminu. Raz to Ty będziesz członkiem komisji egzaminacyjnej, a raz ja. Będziemy sobie nawzajem zadawać pytania i oczywiście udzielać odpowiedzi.* Lolek na moją propozycję przystał no i to ćwiczenie szło nam całkiem dobrze. Po którymś pytaniu, kiedy już miałem dość, zwracam się do Niego: *Kolego, niech mi Pan powie coś na temat zespołu Rikki-Tiki-Tawi (ichneumon z Księgi dżungli nosił takie imię).* – Na twarzy Lolka pojawia się zastanowienie i pada odpowiedź: – *Andrzej, nie wygłupiaj się!* – Na co ja – *Kolego, jak Pan zwraca się do egzaminatora!?* Lolek w tym momencie zacietrzewia się – a jego cechą było, że łatwo ten stan osiągał, a jak już osiągnął, to wówczas zaczynał lekko się zacinąć. I tu inne zabawne moim zdaniem wydarzenie. Miejsce akcji – Izba Przyjęć. Dyżur pełnią Lolek, jako młodszy asystent, i Staszek Kasprzak – ten starszy. Do gabinetu wieczorową porą wnosi ojciec dziecko. Dziecko do przyjęcia, ale tak brudne, jakby co najmniej od miesiąca nie widziało mydła i wody. Taki widok poruszył dyżurantów. Lolek, zacinając się, dosadnie wyrażał, co sądzi o takich rodziakach, a Staszek wtórował mu, niewyraźnie cedząc słowa i zaciągając z poznańska. Efekt tej przemowy był taki, że ojciec wziął dziecko pod pachę i opuścił szpital. Następnego dnia do dyrekcji telefon – *tu mówi Komitet Wojewódzki* (takie telefony w tamtych czasach zdarzały się często). Oczywiście, interwencja dotyczyła nie reprimendy, jaką otrzymał ojciec, a faktu domniemanej odmowy przyjęcia, czego dowodem było, iż w dniu wspomnianego telefonu dziecko znalazło się w szpitalu tak samo brudne jak poprzedniego wieczoru.

Lolek najbardziej zacietrzewiał się, kiedy słyszał, że ktoś go nazywa Tuptusem. To ciepłe przewisko wzięło się chyba z tego, że chodził szybko, drobiaz krokami w sabotach, co dawało specyficzny efekt dźwiękowy. Pamiętam, jak kiedyś o mało nie parsknąłem śmiechem prosto mu w twarz. Kiedy żuźlową drogę prowadzącą do szpitala pokrył asfalt, Lolek, widząc mnie, skomentował ten fakt takimi słowami – *popatrz, Andrzej, jak teraz wygodnie będzie można tuptać do szpitala!*

Nie byłem tego świadkiem, ale słyszałem, że szczyt zacietrzewienia osiągnął, kiedy młoda pielęgniarka podczas wizyty lekarskiej powiedziała: *...a Pan Doktor Tuptuś, to...!*

Nad Lolkim, tak jak nad każdym z nas w tamtych czasach, wisiała groźba dwuletniej służby wojskowej. Wisiała, no i dopadła. Zaraz po powołaniu siedział gdzieś w tzw. zielonym garnizonie, na szczęście krótko, i otrzymał przeniesienie do Bydgoszczy, do jednostki lotnictwa wojskowego. Było mu tam dobrze. Jego medyczny szef – doktor Jan Burchacki, bardzo dobry internista, pozwolił mu na kontynuowanie specjalizacji w szpitalu. Dyżurował, jeździł w pogotowiu, a że wojsko płaciło lepiej, to w głowie Jego zaświtała myśl przejście na zawodowstwo. W ostatnim dniu służby nakazanej (był to piątek) napisał wniosek o pozostanie w wojsku na stałe i wysłał go do Ministerstwa Obrony w Warszawie, a jako że następnego dnia miał ślub kogoś z rodzeństwa, już nie pamiętam gdzie, ale chyba w Poznaniu, zwrócił się do swego przełożonego wojskowego z prośbą o wyrażenie zgody na wyjazd. Jakie było Jego zdziwienie, kiedy usłyszał – *Jutro, obywatelu poruczniku, jest pogoda lotna i to wy będziecie te loty zabezpieczać!*

Lolek lotów nie zabezpieczał, był na weselu, a w poniedziałek rano czatował przed gmachem Ministerstwa na listonosza. Nie wiem, jakim cudem odzyskał swój list, ale od poprzedniej soboty był już cywilem!

Lolek był pierwszą osobą, która w sposób dobitny uzmysłowiła mi, co to znaczy odpowiedzialność. Mieliliśmy już obaj specjalizację drugiego stopnia, a między innymi moim obowiązkiem było dbanie o pełną już trzyosobową obsadę dyżurów lekarskich w szpitalu. Los sprawił, że zaproponowałem Jemu dyżur w charakterze asystenta, pomimo że podobnie jak ja miał uprawnienia dyżurowania jako starszy. Zajęty wykańczaniem pracy doktorskiej w gabinecie Oddziału II Wewnętrznego odbieram telefon z Izby Przyjęć: *Panie Doktorze, doktor Rymkiewicz prosi Pana do Izby.* W pierwszym momencie nieco mną zatrzęsło: *Co ten Lolek wymyśla? Nie może sam podjąć decyzji?* No, ale poszedłem. Następnego dnia Lolek do mnie tymi słowami – *Andrzej, tylko tak dyżurować! Z wszelkimi wątpliwościami wal do starszego i masz spokojną głowę! Zrozumiałem wówczas to porzekadło, które mówi, że szef zawsze leży na tapczanie przywalony ciężarem obowiązków!*

Po dwójce zabraliśmy się obaj za wąskie specjalizacje. Ja za alergologię, Lolek za endokrynologię. Był pierwszym pediatrą, który uzyskał tę specjalizację pod okiem profesora Walentego Hartwiga, ówczesnego guru endokrynologii polskiej. Porad endokrynologicznych udzielał prawie do ostatnich dni swojego życia, zawsze wpisując konsultację szerokim pismem do dziecięcych książeczek zdrowia.

Był niezwykle ambitny. Chciał bardzo objąć kierowanie oddziałem po śmierci Sergiusza Olijewskiego. Niestety, wynik konkursu na to stanowisko nie okazał się dla niego korzystny. Byłem członkiem komisji konkursowej i Lolek przez pewien czas boczył się na mnie, ale mu to przeszło, bo – tak jak wcześniej pisałem – był bardzo dobrym i ciepłym człowiekiem. Miał swoje grono małych pacjentów, którzy go uwielbiali i których odwiedzał niezależnie od pory dnia i nocy, pozostając przy tym przez lata wierny jednemu środkowi lokomocji – maluchowi.

Niestety, nie byłem na Jego ostatnim pożegnaniu, ale wiem, że te Osoby, a było ich wiele, też ciepło, tak jak ja, Lolka wspominają.

Andrzej Martynowski

Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Szczęśliwy jest ten, komu rozum każe
doceniać wszelkie warunki egzystencji.*

Luc de Clapiers de Vauvenarguesa



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Jakiś czas temu moja Druga, Lepsza Potowa przyniosła do domu maty krążek z piosenkami francuskimi z dwudziestego wieku. Stuchanie ich sprawiło nam wielką radość, a piosenka raczej nieznanego w Polsce kompozytora i piosenkarza Gerarda Lenormana wprowadziła nas w błogostan.

Była to ballada o szczęśliwych ludziach, której to początek w moim nieudolnym przekładzie pragnę przytoczyć:

Nasza stara Ziemia jest taką gwiazdą, gdzie także i ty dodajesz Jej trochę blasku. Dlatego teraz przychodzę, aby Tobie zaśpiewać balladę. Balladę o szczęśliwych ludziach (Je viens te chanter la ballade. La ballade des gens heureux).

W swoim zamyśle zamierzałem dalej iść za myślą przewodnią Seneki i – oceniając swoje obecne warunki egzystencji – zaliczyć siebie do tych szczęśliwych, o których śpiewał wspomniany piosenkarz! Śpiewał! Ale śpiewał przeszło czterdzieści lat temu. Teraz, po dramacie, który miał miejsce w Paryżu, nie wiem, czy miałby na to ochotę.

Rozum każe mi jednak w treści tej piosenki doszukiwać się pewnych rzeczy pozytywnych. Przecież autor wyraźnie mówi, że każdy z nas może dodać „starej ziemi” trochę blasku. Każdy z nas – a przecież jest nas kilka miliardów. Kilka miliardów światła wypływających z głębi serca mogłoby spowodować, że nasza planeta zajaśniałaby wspaniałym blaskiem dobra i człowieczeństwa.

Ale tu niestety jest konieczny do spełnienia jeden warunek! O nim za chwilę. Żyjący przeszło 300 lat przed Chrystusem grecki poeta i komediopisarz Menander powiedział tak: *Jakże pięknym jest człowiek, gdy jest człowiekiem!* I oto ten warunek! Jedyne warunki. **BYĆ CZŁOWIEKIEM!!!**

Czy to naprawdę (tu pytam) trudno spełnić jest taki warunek? Zastanówmy się wszyscy nad swoim człowieczeństwem! Ja także, bo tenże Menander powiedział też: *Być człowiekiem to wystarczający powód, aby być szczęśliwym!!!*

Tego człowieczego szczęścia wszystkim Miłym Paniom i Szanownym Panom na zbliżające się Święta i Nowy 2016 Rok życzę.

Jak zawsze Wasz

A. Martynowski

*Umiera się nie dlatego,
by przestać żyć,
lecz po to, by żyć inaczej*

Naszemu Koledze
doktorowi

**Rafałowi
Wojtalowi**

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składają
koleżanki i koledzy z pracy

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy Naszego Kolegę

Śp. profesora dr. hab. n. med. Edmunda Nartowicza

Wybitnego lekarza, którego praca i czyny przepełnione były pragnieniem niesienia pomocy innym ludziom, wieloletniego kierownika Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Bydgoszczy, wychowawcę wielu pokoleń lekarzy, członka licznych towarzystw naukowych i organizacji lekarskich, uhonorowanego Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Wspaniałego Lekarza i Wielkiego Człowieka,
dla którego zdrowie i życie ludzkie było najwyższą wartością.

Rodzinie i Bliskim

z głębi serca pragniemy złożyć wyrazy szczerego współczucia

Koleżanki i koledzy z Samorządu Lekarskiego Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Zapraszamy Lekarzy Seniorów

• **13 stycznia 2016 r. o godz. 14. 30** na wykład prof. dr hab. n. med. Korneli Kędziory-Kornatowskiej, kierownika Kliniki Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, zatytułowany: „Pomyślne starzenie się – czy jest możliwe?”, rozpoczynający cykl wykładów z geriatrii, które w kolejnych miesiącach – jak zwykle w pierwszą środę o godz. 14. 30 (3 lutego, 2 marca) – wygłoszą współpracownicy pani Profesor.

W imieniu Klubu Lekarzy Seniorów BIL serdecznie dziękuję p. dr Barbarze Strzelczyk i p. mgr Małgorzacie Kili-chowskiej za przeprowadzenie, a okręgowej izbie za sfinansowanie szczepień członkom Klubu.

4 listopada br. szczepieniom przeciw grypie poddało się 14, a szczepieniom przeciw pneumokokom 5 lekarzy seniorów. Wszystkich zainteresowanych szczepieniami zapraszam jesienią 2016 r.

Przewodniczący Klubu – Maciej Borowiecki

Przypominamy...

...składka od 01.01.2015 r. wynosi 60,00 PLN i obowiązek jej opłacania jest obowiązkiem miesięcznym. Można też zapłacić z wyprzedzeniem, jeżeli opłata ma dotyczyć np. kwartału lub dłuższego okresu.

System ewidencjonowania składek pozwala na ich bieżącą weryfikację, a co z tym się wiąże, naliczane będą odsetki ustawowe za zwłokę.

Do końca bieżącego roku prosimy o sprawdzenie stanu swoich kont składowych w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej – telefon 52 3460084, wew. 14, oraz dokonanie opłat wszelkich zaległości, aby uniknąć niepotrzebnych niespodzianek w postaci wezwań do zapłaty, a następnie postępowań egzekucyjnych.

Główna księgowa BIL – Wiesława Kluszczyńska

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**
(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki,
cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie
www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon: 602 753 233

PRACA

Medycyna Grabieniec sp. z o.o. zatrudni **lekarzy rodzinnych**, a także w trakcie specjalizacji, lub **lekarzy POZ** (zaświadczenie z okręgowej izby lekarskiej) na stanowisku lekarza lub kierownika Przychodni w Bledzewie oraz Przychodni w Pszczewie (woj. lubuskie). Oferujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz mieszkanie rodzinne. Poszukujemy też lekarza na 1–2-tygodniowe zastępstwa. Kontakt: 600 012 351, e-mail iwona@grabieniec.pl

Pallmed sp. z o.o. prowadząca NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3 zatrudni **lekarzy do pracy w ramach hospicjum domowego**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. CV prosimy przysłać na adres: rekrutacja@domsueryder.org.pl

Pallmed sp. z o.o. zatrudni **specjalistę psychiatrii** lub w trakcie specjalizacji do pracy w Centrum Psychoneurologii w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3 w ambulatorium oraz leczeniu środowiskowym. Warunki pracy i płacy

do uzgodnienia. Kontakt: rekrutacja@domsueryder.org.pl, tel. 603 500 007.

Gabinet stomatologiczny w Bydgoszczy (Fordon) nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem**. Osoby zainteresowane proszę o kontakt pod numerem telefonu: 605 256 662.

Klinika Stomatologii Estetycznej i Chirurgii ALFA-MED w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarza stomatologa**. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt elektroniczny: marketing@alfa-med.pl lub telefoniczny: 600 262 738.

Nowoczesna Klinika Stomatologiczna z Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem**. Oferujemy możliwość rozwoju i uczestnictwa w zamkniętych szkoleniach dla pracowników Kliniki. Kontakt: gabinet@kraina-usmiechu.pl

NZOZ Przychodnia Rodzinna w Solcu Kujawskim zatrudni **lekarza** do pracy w zakresie **podstawowej opieki zdrowotnej**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Tel. 602 374 249.

Dobrze prosperująca przychodnia stomatologiczna w centrum Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarza ortodontę** i **lekarza stomatologa** (prywatnie + NFZ). Tel. 604 796 594.

Prywatne Centrum Medyczne przy ul. Jagiellońskiej 109 w Bydgoszczy podejmie współpracę z **pielęgniarką**, a także z lekarzami następujących specjalności: **neurolog, okulista, alergolog, kardiolog, ginekolog, dermatolog, psycholog, lekarz med. pracy**, również z lekarzami w trakcie specjalizacji. Kontakt: e-mail: biuro.skinmed@gmail.com, tel. 570 144 444.

NZOZ Nasza Przychodnia w Kcyni poszukuje **lekarza do pracy w POZ**. Zapewniamy atrakcyjne wynagrodzenie, mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 502 624 355 lub pprusak@op.pl

Prywatny gabinet stomatologiczny w Chodzieży podejmie współpracę z **ortodontą, chirurgiem stom.** oraz **lekarzem stomatologiem**. Kontakt: gabinetstom2011@wp.pl

Ośrodek **Nasz Lekarz**, specjalizujący się w kompleksowym prowadzeniu **badan klinicznych**, otworzył nową placówkę, zlokalizowaną w **Bydgoszczy**.

Realizujemy projekty badawcze od I do IV fazy wszystkich specjalności medycznych.



Lekarzy zainteresowanych współpracą zapraszamy do kontaktu

dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Ośrodka, tel. +48 606 453 300



Nasz Lekarz
Klinika Wident
ul. Szubińska 93-95
85-312 Bydgoszcz

+48 (52) 321 59 16
bydgoszcz@naszlekarz.com.pl
www.naszlekarz.com.pl

KONIEC ROKU Z BMW WYPRZEDAŻ ROCZNIKA 2015

Do końca roku 85 nowych samochodów z rocznika
w wyjątkowej ofercie cenowej.

Dealer BMW
Dynamic Motors

www.bmw-dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



BMW DYNAMIC MOTORS ZAPRASZA DO SALONÓW

Bydgoszcz, ul. Fordońska 264, Toruń, ul. Olimpijska 8



Już od **61 900 zł**



Radar Brake Support

System zapobiegania kolizji,
zwiększony poziom bezpieczeństwa

Wyposażenie opcjonalne



Tempomat adaptacyjny

Automatyczne dostosowanie
prędkości do ruchu



Napęd 4x4 Allgrip

Innowacyjny napęd z czterema
trybami pracy

Możliwości personalizacji

Opcjonalna dwukolorowa
karoseria



Pakiety stylizacyjne
nadwozia



Dobór elementów
wnętrza



Suzuki Vitara jest od lat symbolem wolności i radości.

W 2015 powraca jako nowy, stylowy SUV. Pozwól sobie na wyjątkowy komfort jazdy i wysoki poziom bezpieczeństwa. Dopasuj wyposażenie oraz stylistykę samochodu do swoich potrzeb. Poznaj moc legendy.

Yama Sp. z o.o. Osielsko, ul. Szosa Gdańska 28, tel. 52 360 53 11
Toruń, ul. Sieradzka 14, tel. 56 650 67 10

YAMA.SUZUKI.PL

Zużycie paliwa oraz emisja CO₂ w cyklu mieszanym: od 5,3 do 5,6 l/100 km
i od 123 do 130 g/km w zależności od wersji. Informacja o recyklingu:
www.suzuki.pl



Way of Life!